

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem de**  
**Reabilitação**

Relatório de Estágio

**Processo de aprendizagem na reabilitação cognitiva  
da pessoa com lesão cerebral adquirida**

**Dulce Cristina Moreira Galhanas**

**Lisboa**  
**2019**

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble stylized waves or leaves, extending from the right edge towards the center.

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem de**  
**Reabilitação**

Relatório de Estágio

**Processo de aprendizagem na reabilitação cognitiva  
da pessoa com lesão cerebral adquirida**

**Dulce Cristina Moreira Galhanas**

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Vanda Marques Pinto

**Lisboa**

**2019**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“(...) A consciência é o alvorecer, não o meio-dia, e muito menos o pôr-do-sol.”

António Damásio

## **Agradecimentos**

À Sr<sup>a</sup>. Prof<sup>a</sup>. Doutora Vanda Marques Pinto, por ter sido uma inspiração, por ter proporcionado sempre outra perspectiva, pelos estímulos que me deu, e pelo seu trabalho de revisão;

À Sr<sup>a</sup>. Enfermeira orientadora e Enfermeira Chefe da Unidade de Cuidados Continuados pela disponibilidade e discernimento em todas as vertentes do contexto clínico proporcionado;

À Sr<sup>a</sup>. Enfermeira orientadora da Unidade Cerebrovascular, pela partilha de experiências, por ter sido um exemplo de boas práticas, por ter acreditado e valorizado todo o esforço empregue na concretização do projeto planeado;

Aos colegas que me acompanharam durante esta etapa e que me permitiram desenvolver as competências desejadas;

À minha mãe e ao meu irmão, pelo apoio e compreensão, nos momentos em que mais precisava;

Ao Tiago Antunes, que me acompanhou em todo o processo, incitando-me a ser e a fazer mais e melhor, sem duvidar das minhas capacidades um só segundo.

## **Lista de abreviaturas e siglas**

ACA – artéria comunicante anterior  
ACES – Agrupamento de centros de saúde  
ACM – artéria cerebral média  
ACP – artéria cerebral posterior  
ACE-III – Addenbroke Cognitive Examination  
APER – Associação Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação  
AVC – Acidente Vascular Cerebral  
AVD – Atividades de Vida Diárias  
BLAD - Bateria de Lisboa para avaliação de demências  
CIF – Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde  
DCL – Défice cognitivo ligeiro  
ECL – Equipa coordenadora local  
ECCI – Equipa de cuidados continuados integrados  
EE – Enfermeiro Especialista  
EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação  
FAV – fístula arterio-venosa  
FM – Força muscular  
HHD – hemianópsia homónima direita  
HSA – hemorragia Subaracnoideia  
INR – International normalized ratio  
JBI – Joanna Brigs Institute  
LVM – Lesão vertebro-medular  
MCDT – meios complementares de diagnóstico  
MIE – Membro inferior esquerdo  
MID – Membro inferior direito  
MMSE – Mini Mental State Examination  
MoCA – Montreal Cognitive Assessment  
MSE – Membro superior esquerdo  
MSD – Membro superior direito  
NIHSS – National Institutes of Health Stroke Scale  
OE – Ordem dos Enfermeiros

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade  
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados  
UCV – Unidade Cerebrovascular  
URAP – Unidade de recursos assistenciais partilhados  
LCA – Lesão Cerebral Adquirida  
LCFS – Levels of Cognitive Functioning Scale (Rancho Los Amigos)  
LCT – Lesão Cerebral Traumática  
PICA – artéria cerebelar posterior inferior  
TC – Tomografias computadorizadas  
TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico  
TSFR – Terapêutica substitutiva da função renal  
RFR – Reeducação funcional respiratória  
RMN – ressonâncias magnéticas  
RNCCI – Rede nacional de cuidados continuados integrados  
Rx – radiografias  
SNC – Sistema Nervoso Central  
WAIS-III – Wechsler Adult Intelligence Scale III  
WMS-III - Wechsler Memory Scale, 3ª Edição

## **Resumo**

A pessoa com Lesão Cerebral Adquirida (LCA) enfrenta demasiados obstáculos no processo de recuperação. Tendo em conta que se encontra numa situação nova, desconhecida, muitas vezes constrangedora e de dependência, podendo restringir e afetar a qualidade da sua participação na reabilitação.

O processo de aprendizagem pode ser utilizado em vários componentes da reabilitação, mas é particularmente intrínseco na reabilitação cognitiva, uma vez que a cognição desempenha um papel fundamental sobre a capacidade de aprender e reaprender.

São diversos os autores que constataam o quanto é difícil e pouco produtivo o treino atencional na fase aguda e pós-aguda, contudo podem ser utilizadas algumas estratégias que envolvam esse treino com o objetivo de chegar a outras funções cognitivas. A memória por outro lado foi um dos conceitos mais treinados, que foi verificado mais vezes, e onde se conseguiu trabalhar mais isoladamente. Por fim, as funções executivas acabam por beneficiar maioritariamente do treino de memória e atenção, implícitos nesta função.

O principal objetivo deste relatório consiste na análise das atividades desenvolvidas em estágio para o desenvolvimento de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e comuns de Enfermeiro Especialista (EE), preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Tendo em conta estas premissas, os restantes objetivos prendem-se com a aplicação de algumas estratégias de reabilitação cognitiva em pessoas com LCA, com base no processo de aprendizagem, incorporando os conceitos de alteração da atenção, memória e/ou funções executivas enquanto principais funções afetadas.

Este relatório conta com um carácter descritivo e reflexivo sobre as atividades desenvolvidas nos locais de estágio, por forma a retratar a aplicação de conhecimentos e competências adquiridas em contexto da comunidade e hospitalar.

**Palavras-Chave:** Lesão Cerebral Adquirida; Reabilitação Cognitiva; Processo de Aprendizagem; Enfermagem de Reabilitação.

## **Abstract**

The person with Acquired Brain Injury (ABI) faces too many difficulties in the recovery process. Given that they are in a new, unfamiliar, often uncomfortable situation and more dependent on others, that person may feel constrained, affecting the quality of their participation in rehabilitation.

The learning process can be used in various components of rehabilitation, but it is particularly intrinsic in cognitive rehabilitation, since cognition plays a key role in the ability to learn and relearn.

There are several authors who corroborate the difficulty in the attentional training in the acute and post-acute phase, being considered an unproductive effort. Nonetheless, some strategies that involve this training may be used, in order to influence other cognitive functions. The memory, on the other hand, was one of the most trained concepts, which was verified more often, making possible to work separately from other functions. Finally, the executive functions end up benefiting mainly from the training of memory and attention, which is implicit.

The fundamental objective of this report is to analyse the activities performed, while in internship, for the development of specific competencies of rehabilitation specialist nursing and common specialist nurse, recommended by the Portuguese nurses order. Considering these premises, the other goals of this report are connected to the application of some strategies of cognitive rehabilitation in people with ABI, grounded on the learning process, incorporating the concepts of altered attention, memory and / or executive functions as main functions affected.

This report has a descriptive and reflective character about the activities carried out in the internships, in order to represent the knowledge application and skills acquired in a community environment and hospital setting.

**Key Words:** Acquired Brain Injury; Cognitive Rehabilitation; Learning process; Nursing Rehabilitation



## ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>10</b> |
| <b>2. ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO.....</b>   | <b>24</b> |
| <b>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>   | <b>53</b> |
| <b>4. CONCLUSÕES .....</b>   | <b>59</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>  | <b>63</b> |
| <b>APÊNDICES.....</b>  |           |
| APÊNDICE I: Projeto.....   |           |
| APÊNDICE II: Caracterização dos contextos de EC .....  |           |
| APÊNDICE III: Poster “Lesão Cerebral Adquirida – obstáculos no acesso à<br>reabilitação” ..... |           |
| APÊNDICE IV: Sessão de formação .....  |           |
| APÊNDICE V: Checklist de avaliação e reeducação da deglutição .....                            |           |
| ANEXO I: GRIP model .....  |           |

# 1. INTRODUÇÃO

A pedagogia nos dias de hoje abrange vários métodos que podem ser adotados pelos estudantes, ficando a cargo de cada um essa decisão. Mas qual a melhor forma de aprender? Esta deve ser uma preocupação individual, com o objetivo de usufruir da melhor forma do tempo e oportunidades disponíveis neste processo. Tendo em conta a formação contínua como sendo uma exigência atual no campo da enfermagem, com a aquisição de um vasto leque de competências identificadas pela Ordem dos Enfermeiros, subsiste a necessidade de otimizar a aprendizagem.

Zabala e Arnau (2010) mencionam a taxonomia de bloom e aquisição de competências como dois conceitos relevantes nesta temática, uma vez que, presentemente, não é satisfatório adquirir apenas conhecimentos ou capacidades, é essencial que esses sejam utilizados de forma consciente, eficiente e determinada mediante uma situação que o exija. A Direção Geral do Ensino Superior (DGES, s.d.) acrescenta que as competências são o resultado da aprendizagem, flexíveis mas normativas sobre os objetivos a atingir, fator determinante para a qualificação, distinguindo e diferenciando os estudantes com o suporte dos descritores de Dublin. Estas são algumas formas de interpretar o significado de aquisição de competências que, a meu ver, carecia de ser esclarecido em primeiro lugar.

O ensino dos conhecimentos ou técnicas que levam à aquisição de capacidades pode ser interpretado como sendo função do pedagogo. Contudo, o desenvolvimento de competências é da inteira responsabilidade do estudante, pois este implica um processo de construção pessoal que respeite as características de cada um, considerando todos os componentes procedimentais (saber fazer), atitudinais (saber ser) e conceptuais (saber). Pode ser facilitadora a divulgação de estratégias metodológicas, mas não existe uma metodologia própria para o desenvolvimento de cada competência (Zabala e Arnau, 2010).

Posteriormente, a análise das competências é considerada uma forma tangível de perceber o seu desenvolvimento, enquanto que a reflexão, por sua vez, tem como principal objetivo melhorar a competência. Para finalizar, Zabala e Arnau

(2010, p.41) declaram ainda que “as pessoas não são competentes, mas sim demonstram em cada situação, um maior ou menor grau de competência”.

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, do Oitavo Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação: Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, compõe-se um relatório com base no projeto intitulado “Processo de aprendizagem na reabilitação cognitiva da pessoa com lesão cerebral adquirida” (apêndice I), implementado em ambiente hospitalar e comunitário conforme previsto que compreende a descrição, análise e reflexão das várias etapas deste percurso, com base nas premissas supracitadas.

A temática do projeto surgiu a partir de um inquietação, da necessidade que senti no quotidiano, de tornar a pessoa com LCA mais funcional, e ajudá-la nesse momento de fragilidade a atingir o seu máximo potencial. Um serviço de medicina aloca vários doentes a cargo da neurologia, e essa foi a minha grande motivação, saber que podia chegar a muitas delas no meu local de trabalho.

Conforme foi referido no projeto desenhado, parece inconcebível realizar um plano de reabilitação com estes doentes sem abordar a função cognitiva, pois de que outra forma é possível tornar a sua participação tão eficaz? Como será viável exigir uma resposta de um indivíduo que não compreende o que lhe está a ser pedido? O problema poderá residir na forma de colocar a questão. Foi relativamente fácil de chegar a esta conclusão, o grande desafio foi encontrar as melhores estratégias para solucionar este problema.

Para conseguir atingir a essência da questão houve necessidade de explorar o assunto, até para compreender se as dúvidas seriam fundamentadas, motivo pelo qual foi elaborado um protocolo de revisão scoping, onde surgiram as seguintes questões: Quais as intervenções do EEER no processo de aprendizagem da pessoa com lesão cerebral adquirida? Em que medida as alterações cognitivas interferem no processo de aprendizagem da pessoa com lesão cerebral adquirida? E em que medida as alterações cognitivas influenciam o processo de reabilitação sensório-motora da pessoa com lesão cerebral adquirida?

Esta matéria é polémica mas pertinente, sobretudo tendo em conta que as intervenções autónomas do EEER na função cognitiva são uma das áreas de investigação prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros em 2015.

Posto isto, importa contextualizar a LCA. Esta é considerada um dano cerebral adquirido não relacionado com doença congénita ou degenerativa, e que pode ser transitório ou permanente, compreendendo lesões traumáticas, vasculares, lesões hipóxicas, infeções do Sistema Nervoso Central (SNC), situações de neurotoxicidade ou lesões metabólicas, hidrocefalias e neoplasias cerebrais (Organização Mundial de Saúde, 1996 cit. por Sociedade de Lesão Cerebral, s.d.; Sohlberg e Mateer, 2008; SIGN, 2013).

São vários os autores que fazem referência aos traumatismos crânio-encefálicos (TCE) e acidentes vasculares cerebrais (AVC) como as principais causas de LCA. A partir desta concepção, fez-me sentido optar por implementar o meu projeto numa unidade cerebrovascular (UCV) complementando com a UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade), até porque os AVC são considerados a maior causa de incapacidade a longo prazo em adultos (WHO, 2006; Winstein *et al*, 2016).

Os dados estatísticos recolhidos comprovam a importância da temática, uma vez que as lesões cognitivas são consideradas expressivas e com grande relação ao nível da incapacidade do indivíduo com LCA, com consequências na sua qualidade de vida. Para além de que os cuidados associados a estes doentes são equivalentes a 10,4 – 11,7% do custo total com saúde pública como revela um estudo realizado em 2008 em Espanha (Mar *et al*, 2008).

Aos 3 meses após LCA, a prevalência de défice cognitivo na população americana é de 32-56%, no entanto, se especificarmos a população idosa, quase todos apresentam pior desempenho na maioria dos testes cognitivos. Este limite temporal é importante uma vez que qualquer alteração transitória na cognição devido a outros fatores, estatisticamente terá sido resolvida, o que significa que à data estabelecida os défices apresentados não podem ser justificados senão pela LCA (Whyte *et al*, 2011). Os dados americanos são os mais divulgados mas já se encontram outros estudos europeus que coincidem com estes resultados.

Johansson (2011) identifica vários fatores que influenciam o prognóstico de disfunção cognitiva, sendo eles: idade, baixo nível de escolaridade, pontuação na escala NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) ao 15º dia pós LCA e lesões da ACM (artéria cerebral média). Apesar de estas conclusões não estarem

exatamente descritas desta forma em outros estudos, são fatores identificados por mais autores como preditores de insucesso na reabilitação cognitiva.

As funções cognitivas são extensas e interligadas, tornando a tarefa um pouco mais complexa. As alterações da atenção, memória e funções executivas são um exemplo, levando a uma maior dificuldade no processo de aprendizagem (Sohlberg e Mateer, 2008). De referir que aprendizagem implica “(...) adquirir uma mudança relativamente duradoura de conhecimentos e capacidades.” (Skidmore, 2015 p.2).

Elaborando a afirmação anterior, note-se que os défices de memória afetam a capacidade do indivíduo de aprender e conservar novas informações. Esta aprendizagem pode ser realizada de várias formas, motivo pela qual se distinguem diversos tipos de memória, entre os quais interessa compreender melhor: a memória de trabalho, uma vez que a ela compete reter informações por um curto período de tempo simultaneamente a outras atividades cognitivas; a memória implícita, que retrata a capacidade de interiorizar de forma não consciente, através da prática sistemática de uma tarefa; e a memória explícita, que consiste na aprendizagem de forma consciente ou intencional (Pais, Cruz e Nunes, 2008). Por outro lado, a atenção é um tema igualmente complexo, que designa de que forma cada um recebe e processa os estímulos internos e externos, podendo interferir na aprendizagem de novas informações à semelhança das alterações na memória. Por último, as funções executivas incluem flexibilidade e adaptabilidade, capacidade de planejar, definir objetivos, iniciar tarefas, monitorizar o seu desempenho e antever resultados negativos, podendo ser interpretada como a disfunção cognitiva mais incapacitante (Tsaousides e Gordon, 2014).

O foco deste trabalho tem por base o princípio de que é essencial associar o processo de aprendizagem aos processos de cognição, sendo que o primeiro compreende a aquisição de informações, habilidades e crenças, enquanto o segundo permite a organização e armazenamento dos conhecimentos obtidos, admitindo que os mesmos podem ser recordados e utilizados conscientemente. Ao contrário da criança / adolescente, o adulto tem maior capacidade de refletir sobre o conhecimento adquirido, por outras palavras, concretizar a metacognição. Partindo deste princípio, a experiência e prática fazem com que o adulto seja capaz de fazer conexões cada vez mais difíceis entre o pensamento e o comportamento,

desenvolvendo uma maior aptidão na resolução de problemas (Leão, Pereira, Almeida, Melo e Audi, 2015).

Contrariando a ideia de que as capacidades cognitivas decrescem com o avançar da idade, existem estudos que aferem a possibilidade de continuar a desenvolver e melhorar a cognição (Leão, Pereira, Almeida, Melo e Audi, 2015).

Na mesma ordem de ideias, a investigação mais recente confirma que o cérebro adulto tem a capacidade de se modificar anatômica e funcionalmente, como resultado da aprendizagem (Corbetta e Fitzpatrick, 2011), o que reforça um dos conceitos com mais peso nesta área – **neuroplasticidade**. Reis, Petersson e Faísca (2009) identificam esta dinâmica para ilustrar efeitos de aprendizagens no cérebro humano, referindo-se à neuroplasticidade como forma de reorganização estrutural e funcional a nível neural em função de alterações ambientais. De uma forma geral, tendo em conta indivíduos saudáveis, no início dos estudos com imagem, conseguiram perceber que uma função (...) “aprendida muito cedo, e extensivamente usada, modela as áreas cerebrais subjacentes ao seu processamento.” As mais recentes técnicas de imagem têm permitido comprovar esta noção em populações específicas. Por exemplo, Draganski e colaboradores (2006) citados por Reis, Petersson e Faísca (2009), examinaram alguns estudantes de medicina antes e após a realização de um exame final, constatando que regiões como o hipocampo e córtex parietal posterior e lateral alteraram-se substancialmente durante o período de aprendizagem. Concluindo, experiências de carácter repetitivo podem ter implicações na plasticidade neural, através de uma “sintonização das conexões sinápticas e do circuito funcional”.

Pese embora qualquer experiência possa ter essa capacidade, considerando o significado da mesma para o indivíduo, pode ter um carácter temporário ou breve, enquanto outras podem produzir mudanças mais prolongadas, como por exemplo o uso de drogas psicoativas ou estimulação elétrica cerebral (Kolb e Gibb, 2010).

Um fator importante a ter em conta durante a reabilitação ou treino cognitivo, é a capacidade que os adultos com idades superiores a 60 anos têm para um recrutamento de funções a nível bilateral no córtex, enquanto que adultos jovens têm tendência para a unilateralização (Reis, Petersson e Faísca, 2009). Por outro lado, o cérebro mais jovem também tem maior capacidade de reorganização (Raymont e Grafman, 2006). Foy (2015) admite ainda que, indivíduos com maior grau

educacional, têm maior capacidade de suportar danos cerebrais antes de apresentarem défices funcionais, sustentando assim a hipótese de que a reserva cognitiva pode proteger contra o declínio cognitivo resultante de lesão.

Existem ainda outros fatores que podem influenciar o processo de reabilitação, como a distribuição (lesões focais ou difusas, onde importa a sua dimensão e localização), a gravidade, o tipo de patologia e a condição pré-existente de cada pessoa, pois podem originar diferentes resultados no processo de neuroplasticidade (Cohen e Hallet, 2003 e Sohlberg e Mateer, 2008). Kolb e Gibb (2010) acrescentam que “(...) quanto mais distribuída uma função, maior a probabilidade de que as redes neurais subjacentes à função sejam flexíveis após uma lesão cerebral”, ainda que a localização parcial das funções restrinja a recuperação das mesmas.

Há que ter em conta que lesões hipocampais bilaterais irão afetar o processo de formação de memória explícita, da mesma forma que lesões frontais podem permitir que a pessoa tenha recordações mas não consiga contextualizá-las, muitas das vezes confabulando com base num fato pré-existente (Freire *et al*, 2011), para colmatar o que de outra forma não conseguiria justificar.

A evidência assume que as capacidades plásticas não são constantes, pois existe uma adaptação à nova condição. Da mesma forma, Kolb e Gibb (2010) defendem que lesões de diferentes etiologias podem não ter uma recuperação semelhante, uma vez que existem diversos fatores que contribuem para um melhor outcome, como por exemplo, o início da reabilitação. Um dos estudos destes autores admite que a segunda semana pós-lesão é a mais importante no processo de reabilitação, pois é quando se verifica maior sinaptogénese e formação glial.

Ben-Yishay citado por Laatsch e Stress (2000) refere ainda a motivação pessoal, as técnicas de reabilitação e, mais uma vez, a duração do programa de reabilitação como fatores que influenciam o resultado da mesma. Basford e Malec (2015) acrescentam as alterações emocionais ou comportamentais e o envolvimento de familiares / pessoas significativas.

Interpretados os principais conceitos deste projeto, importa esclarecer de que forma interferem no processo de tomada de decisão do EEER, e de que forma se traduzem em ações e resultados.

A reabilitação cognitiva é considerada como “(...) um dos fatores mais importantes que afetam a capacidade de uma pessoa participar na reabilitação,

funcionar efetivamente no quotidiano e retornar à participação em atividades significativas (...)” (SIGN, 2013, p.20). Apesar de ter pouca expressão na enfermagem e se revelar mais influente noutras áreas das neurociências, ao cruzar esta definição com os objetivos dos cuidados do EEER, que se resumem a “(...) melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa (...)” (OE, 2010), p.1), posso afirmar que o EEER tem um papel crucial nesta área.

Reconhecendo que a reabilitação cognitiva tem como foco principal a educação (Sohlberg e Mateer, 2008; Buhl e Pellesen, 2015), esta pode ser dividida em duas abordagens principais: a compensatória ou de restituição / recuperação. A compensatória baseia-se numa forma de adaptação aos défices instalados, fornecendo estratégias com o objetivo de compensar esses défices, com vista a melhorar o funcionamento quotidiano. Por outro lado, a abordagem de restituição, como o próprio nome indica, tem como principal objetivo restituir a função perdida inicialmente (Whyte *et al*, 2011; SIGN, 2013). Boosman *et al* (2012) somam uma terceira estratégia – a substituição da função perdida, reconhecendo que mesmo o profissional de saúde substituindo essa função, existe um momento de aprendizagem que pode ser aproveitado.

Alguns autores recomendam a restituição da função cognitiva na fase aguda e pós-aguda (primeiros 5 meses), deixando a compensação da mesma para uma fase mais tardia (Stephens, Williamson e Berryhill, 2015). Ainda assim, principalmente no campo da saúde, nem tudo é tão facilmente aplicável. Apesar da estratégia compensatória dever ser utilizada quando não é possível restabelecer a condição prévia, não significa que não possam ser aproveitadas as duas muitas vezes em simultâneo. Por exemplo, numa fase mais inicial em que se prevê que determinada pessoa terá mais dificuldade em atingir o seu estado anterior, pode-se ensinar e ajudar a mesma a utilizar alguns dispositivos para que consiga ser mais funcional mais precocemente, não deixando de incentivar outras modalidades de treino / reabilitação cognitiva.

Previamente à instituição de um programa de reabilitação, é essencial efetuar uma avaliação cognitiva, quer através de processos clínicos, entrevista, observação de comportamento ou instrumentos de avaliação. Estes dados permitem não só elaborar um plano de reabilitação ajustado às necessidades de cada um, como objetivar o progresso dos intervenientes (Varanda e Rodrigues, 2016).



A Levels of Cognitive Functioning Scale (LCFS) Rancho Los Amigos é um dos instrumentos considerados uma mais valia neste campo, capaz de diferenciar os vários níveis de funcionamento cognitivo (Hoeman, 2011), com a vantagem de ser aplicada pelo profissional de saúde com base na observação, portanto, sem ser necessária a participação da pessoa com LCA. Esta escala pode ser aplicada inclusive nos estados de menor consciência, desde o coma ao estado mínimo de consciência (Varanda e Rodrigues, 2017). Todavia, não sendo esse o objetivo do estágio, as intervenções não irão incidir sobre os mesmos. Interessa sim compreender que para um indivíduo estar consciente o organismo requer o Sistema Ativador Reticular Ascendente, bem como a integridade do córtex cerebral. O primeiro recebe os impulsos nervosos, mantendo o cérebro desperto, enquanto o segundo interpreta as informações sensoriais e prossegue com as ações adequadas.

Basford e Malec (2015) recorreram ao Mini-Mental State Examination (MMSE) e ao Montreal Cognitive Assessment (MoCA), para uma avaliação cognitiva global, em detrimento de processos cognitivos específicos. Assim como estes autores, são vários os que indicam estes dois métodos de avaliação como os mais conceituados tendo em conta a finalidade referida.

Ainda que assumindo uma abordagem neuropsicológica global, importa avaliar o funcionamento intelectual da pessoa. Tsaousides e Gordon (2014), enunciam as escalas de Wechsler (Wechsler Adult Intelligence Scale III – WAIS-III e Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence) como forma de atingir esse objetivo. Segundo os mesmos autores, estes testes evidenciam o desempenho de diversas funções cognitivas. Por outro lado, se a intenção é avaliar funções cognitivas específicas, escalas como The Wechsler Memory Scale para a memória, ou sub-testes como o Stroop Color Word Test e o Trail Making Test para a velocidade de processamento, e o Digit Span para a atenção, são igualmente viáveis.

Após uma avaliação rigorosa, é vantajoso perceber de que forma estes resultados se traduzem em ações.

Buhl e Pallesen (2015) enfatizam as estratégias pedagógicas como uma das prioridades a ter em conta na reabilitação cognitiva. Estas devem ser específicas e precisas mas, essencialmente, devem ser dirigidas às necessidades e aspirações de cada pessoa. Os mesmos autores elaboraram um modelo (GRIP model) que ilustra as principais estratégias a adotar numa fase inicial da reabilitação (anexo I). De uma

forma sucinta, este modelo assenta em quatro premissas: captar a atenção da pessoa, dependendo do estado de consciência da mesma, perceber a que estímulos tem maior reatividade e com os quais podemos trabalhar; Registrar as respostas obtidas do doente, adaptar a quantidade de informação à sua condição clínica, encontrando diferentes formas de tornar a comunicação eficaz; Estimular intensivamente o doente, tendo em conta a sua individualidade, utilizar as suas preferências como forma de incentivo para a sua participação na reabilitação, ou as suas capacidades como forma de suprir os défices (ex: utilizando quadros de comunicação no caso de alterações da linguagem); e por fim, resta a fase em que o doente participa parcial ou totalmente nas atividades do plano de reabilitação, com vista a otimizar o seu desempenho nas atividades de vida diárias, incentivando o apoio de familiares / pessoas significativas e providenciando suporte na transição para o domicílio ou outra instituição.

Como alicerce do processo de reabilitação, Hallock *et al* (2016) defendem quatro características essenciais ao treino cognitivo: Repetição de exercícios; Tarefas orientadas em função dos problemas; Estímulos uniformizados; e tarefas dirigidas a domínios cognitivos específicos.

Na sua abordagem neuropsicológica da reabilitação cognitiva, Laatsch e Stress (2000) pretendem que o indivíduo se consciencialize dos seus pontos mais fortes e/ou pontos mais fracos, através da prática da metacognição, conforme já foi abordado anteriormente, isto é, ter a capacidade de pensar sobre si e sobre o seu pensamento, como parte do processo de reabilitação. São vários os autores que assumem que esta estratégia é a prática de eleição para disfunções executivas no caso de lesão cerebral adquirida (Cicerone *et al*, 2011; Shigaki, Frey e Barrett, 2014; Stephens, Williamson e Berryhill, 2015). Uma vez conhecendo os seus pontos fracos, podem ser fornecidas estratégias mais adequadas. Pelo contrário, quando são incapazes de reconhecer os seus défices, torna a sua recuperação mais morosa e exigente por parte dos prestadores de cuidados, por não entenderem como necessária qualquer intervenção orientada para melhorar as suas capacidades.

Apesar de a metacognição ser o método preferencial para melhorar as funções executivas, o treino da memória de trabalho e a utilização de funções cognitivas intactas para contornar o problema, bem como o recurso a realidade virtual podem ser ações complementares (Stephens, Williamson e Berryhill, 2015).

Paralelamente, Cicerone *et al* (2011) afirmam que o déficit de atenção pode igualmente ser corrigido com recurso à metacognição, por forma a promover o desenvolvimento de estratégias compensatórias e a sua integração no quotidiano. Podem ainda ser aplicadas outras intervenções como o uso de cartões de memória, ou um conjunto de tarefas visuais e verbais (Tsaousides e Gordon, 2014). Freire *et al* (2011, p.22-23) baseiam-se na realização de exercícios repetitivos, dirigidos à atenção seletiva, sustentada, alternada e dividida, sugerindo os seguintes: Audição de uma sequência de palavras e identificação de uma palavra já apresentada previamente; Compreensão do texto falado de um parágrafo (inicialmente curto e simples); Sequência de números por ordem crescente ou decrescente; Atividades matemáticas mentalmente; Tarefas com caneta e papel, onde a pessoa tem que escrever um número e uma letra que completam uma sequência escrita com lacunas a serem preenchidas; Atividades que comecem com um número, devendo ser sequencialmente adicionadas ou subtraídas por outros itens apresentados; Para treinar atenção seletiva basta adicionar um estímulo que desconcentre a pessoa aos exercícios já apresentados (auditivo ou visual); Leitura de alguns parágrafos com especial atenção para o seu conteúdo, enquanto procura uma palavra sugerida anteriormente; Bateria de testes de atenção sustentada, na qual o indivíduo tem que responder a estímulos visuais ou verbais de forma paralela.

Apesar de a evidência sustentar o treino de atenção numa fase sub-aguda, por não estar devidamente documentado benefício sem margem de dúvida na fase mais aguda, Cappa *et al* (2011), fazem referência a um estudo que suporta o treino de atenção seletiva, principalmente no caso de lesões do hemisfério esquerdo.

Posto isto, para realizar treino de memória com sucesso, há que certificar que o indivíduo tem capacidade para manter a atenção o suficiente para participar nos exercícios. Para além disso, deve ser efetuada previamente uma avaliação da linguagem, por forma a compreender se existem alterações, particularmente da compreensão ou expressão, uma vez que estas intervenções implicam processos de repetição verbal e escrita (Freire *et al*, 2011).

Os dispositivos externos (ex: agendas, smartphones, computadores pessoais, etc), são reconhecidos como excelentes meios compensatórios da memória. No entanto, os mesmos são mais benéficos numa fase pós-aguda, e apenas se a sua utilização for precedida de instruções viáveis e explícitas, com plena compreensão

por parte do utilizador (Powell *et al*, 2012). Mais acrescento, o recurso a um destes dispositivo é em si uma tarefa de memória, o que significa que, quanto maior o défice de memória, maior será o grau de dificuldade em utilizá-los. Uma forma de contornar este obstáculo é a adoção de um sistema de alarmes, recordando desta forma a necessidade de consultar ou aplicar os restantes dispositivos (Winstein *et al*, 2016).

Ainda abordando o método restaurativo para treino de memória, podem ser empregues intervenções como a aprendizagem de listas de palavras, o recurso a mnemónicas ou treino com imagens visuais, consideradas estratégias internas (Tsaousides e Gordon, 2014).

Através de uma visão mais abrangente, as estratégias mencionadas na revisão efetuada consistem no ensino que evita ou minimiza o erro durante a aquisição de nova informação ou, por outro lado, visto como um tipo de ensino mais tradicional, estão as técnicas como aprendizagem por tentativa-erro ou o fornecimento de sugestões (dicas), acreditando-se que promovam um maior compromisso por parte de quem aprende, levando ainda a uma codificação mais duradoura do resultado final. Estas últimas estratégias são mais utilizadas em indivíduos com alterações leves da memória, ao passo que, aqueles que apresentem alterações mais graves, são favorecidos pela estratégia menos convencional (Powell *et al*, 2012; Shigaki, Frey e Barrett, 2014; Skidmore, 2015). A aprendizagem sem erro ativa a memória implícita melhorando o seu desempenho, muitas das vezes sem que o indivíduo se aperceba (Shigaki, Frey e Barrett, 2014; Skidmore, 2015), corroborando a sua utilização em casos graves de alterações de memória, ao passo que a aprendizagem por tentativa-erro incorpora a memória implícita pela prática de atividades e explícita pela análise do seu desempenho, necessária para as adaptações ao longo das tentativas (Skidmore, 2015).

A estimulação cognitiva pode ser inserida neste contexto de treino de memória. Segundo Cappa *et al* (2011, p.555), “ouvir música regularmente durante a fase inicial de recuperação de pessoas com AVC mostrou eficácia na melhora da atenção e da memória verbal”.

Em jeito de conclusão, a evidência insinua que “(...) a **aprendizagem ótima** não é a ênfase excessiva da aprendizagem explícita ou implícita, mas sim o equilíbrio de ambas.” (Skidmore, 2015 p.6).

A Enfermagem assenta em teorias, filosofias e modelos, com quatro conceitos fundamentais enquanto disciplina, que influenciam a Enfermagem enquanto profissão: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem (Tomey e Alligood, 2004).

Dada a especificidade desta matéria, optei por abordá-la com base na teoria de médio alcance de Afaf Meleis – teoria das transições – como quadro de referência teórico. Tendo em conta o grupo profissional em que nos inserimos, é compreensível que, por haver mais contacto direto com as pessoas, os enfermeiros experienciem todos os dias e de diversas formas todo o tipo de transições com as mesmas.

Entenda-se teoria de médio alcance como “(...) o nível menos abstrato do conhecimento teórico(...)”, por incluir mais características da prática. Enquanto os modelos de enfermagem fornecem uma perspetiva do cuidado, as teorias são mais específicas, proporcionando uma forma de testar a sua veracidade. Por outro lado, as teorias de médio alcance são mais focadas numa matéria, estabelecendo a área de prática e atuação da enfermeira ou a intervenção (Tomey e Alligood, 2004).

Meleis (2010) defende esta teoria como explicativa da necessidade de adaptação do indivíduo face a situações novas. Inicialmente a sua intervenção focou-se na comunicação e interação entre pessoas, chegando rapidamente à conclusão de que a sua investigação seria incompleta se não considerasse as transições no processo. Naturalmente, o seu trabalho permitiu o reconhecimento do grande propósito, que seria ajudar os indivíduos a concretizarem transições saudáveis. O objetivo a alcançar compreendia menos sintomas, sensação de bem-estar e a capacidade para assumir novos papéis (Alligood, 2018).

O conceito “transição” foi dos primeiros a ser determinado neste contexto, sendo definido como

“(...) um período de tempo com um ponto de partida identificável, que se estende desde os primeiros sinais de antecipação, percepção ou demonstração de mudança; passando por um período de instabilidade, confusão e angústia; a um eventual “fim” com um novo início ou período de estabilidade” (Alligood, 2018, p.313).

Por outras palavras, a transição não pode ser considerada um episódio pontual, mas uma “(...) reorganização e uma redefinição da pessoa para incorporar a mudança na sua vida” (Faria, Martins, Schoeller e Matos, 2017).

Esta teoria analisa os tipos e padrões de transições, como a multiplicidade ou complexidade, as propriedades das experiências de transição, as condições das transições, os indicadores processuais, os indicadores de resultados e as terapêuticas de enfermagem. Este é considerado um processo complexo, que parte de alguns pressupostos como a vulnerabilidade, relacionada com as experiências, interações e condições que expõem os indivíduos a eventuais danos, e a mudança como parte integrante da transição.

Existem quatro tipos de transições: de desenvolvimento (ex: nascimento, adolescência, senescência e morte); Saúde/doença (processo de recuperação, alta hospitalar, diagnóstico de doença crônica); Situacional; e Organizacional (mudanças nas condições ambientais que afetam as vidas das pessoas). Neste caso serão mais contextualizadas as de saúde/doença e situacionais.

Algumas transições permitem identificar facilmente o evento que levou a todo o processo, como é o caso do estudo em questão. A lesão cerebral a ser tratada, sendo adquirida, pressupõe uma alteração aguda no estado de saúde da pessoa. O intuito de utilizar esta teoria como referencial teórico é facilitar a compreensão e interpretação dos fenômenos em estudo, tornando as ideias fluidas mas coesas.

Toda esta informação beneficia o enfermeiro, que consegue planejar os seus cuidados com maior conhecimento onde pode e deve intervir.

Conforme planeado, o projeto associado a este relatório foi desenvolvido numa Unidade Cerebrovascular (UCV) e numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Tendo em conta os objetivos definidos no dito projeto, estas unidades foram uma mais-valia. A UCV seria já à partida um contexto mais específico, ideal para atingir as competências que incidem sobre a reabilitação cognitiva, correspondendo perfeitamente às minhas expectativas e ao propósito do estágio.

Certamente que a ECCI poderia servir igualmente todos os objetivos delineados, no entanto a população inscrita na mesma, à data do meu estágio, já não era a mesma aquando a entrevista inicial, o que pode ter sido visto como um obstáculo inicialmente, mas facilmente ultrapassável. A estratégia utilizada foi baseada nos dois objetivos gerais do projeto, sendo que o primeiro – “Desenvolver competências de EEER na reabilitação cognitiva, focando o processo de

aprendizagem da pessoa com lesão cerebral adquirida” – este alcançado essencialmente na UCV, enquanto o segundo – “Desenvolver competências de EEER na prestação de cuidados a pessoas com alterações aos níveis cardio-respiratório, sensorio-motor, da alimentação e eliminação” – foi alcançado fundamentalmente na ECCI.

Este relatório obedece à seguinte estrutura. Após esta breve revisão da literatura, enquadrada numa introdução elaborada que permite compreender o corpo deste trabalho, segue-se a análise crítica das atividades incrementadas em contexto de estágio, em resposta aos objetivos definidos no projeto inicial. Consequentemente, serão igualmente abordadas as competências desenvolvidas, quer sejam elas comuns de Enfermeiro Especialista (EE) ou específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Por último, mas não menos importante, seguem-se as considerações finais e principais conclusões retiradas deste processo, permitindo assim perspetivar a continuidade do tema em questão.

## 2. ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Tendo em conta o planeamento de atividades elaborado no projeto, pressupõe-se a sua análise como forma de desenvolvimento de algumas competências associadas ao 2º ciclo, como seja assimilar as implicações e responsabilidades decorrentes das conclusões deste trabalho, bem como transmitir essas conclusões e raciocínios subjacentes.

A complexidade e extensão deste capítulo pressupõe o seu esclarecimento, para que o leitor o consiga interpretar sem dificuldade. Neste sentido é fundamental explicitar a sua estrutura, que consiste na abordagem dos objetivos específicos (destacados no texto) e respetivas atividades, concretizando a sua análise antes de passar ao próximo. Este método proporciona obrigatoriamente uma maior coesão de ideias, também por seguir uma ordem cronológica na sua generalidade.

O início deste projeto implicou **compreender a dinâmica dos locais de ensino clínico, integrando a equipa multidisciplinar de saúde.**

Esta primeira etapa contou com uma visita a cada contexto, antecipadamente, bem como uma reunião com entrevista às respetivos enfermeiras chefes e/ou orientadoras.

A partir destas reuniões e, posteriormente, da observação da estrutura e funcionamento dos serviços e respetivas equipas multidisciplinares, bem como da consulta de documentos oficiais, foi possível elaborar a caracterização dos mesmos, com o objetivo de compreender o seu exercício, os seus pontos fortes e as suas necessidades. Esta atividade não estava inicialmente contemplada no planeamento, contudo, fez sentido a elaboração deste documento (apêndice II) como forma de sintetizar informação e organizá-la para consulta à posteriori. Este método contribuiu claramente para o desenvolvimento do auto-conhecimento conforme previsto nas competências do enfermeiro especialista, promovendo uma elevada consciência enquanto pessoa e enfermeira, facilitando a identificação de fatores que possam interferir no relacionamento com a equipa multidisciplinar.



Tomando como exemplo a UCC, por forma a compreender o percurso de cada pessoa previamente ao seu ingresso neste serviço, foi efetuada uma revisão sumária da lista de utentes inscritos no mesmo, uma vez que foram observadas apenas histórias clínicas e de enfermagem. Esta mesma lista foi analisada por outra perspectiva, numa tentativa de selecionar os que mais beneficiariam da intervenção de enfermagem de reabilitação ou que perfizessem os critérios de inclusão para o projeto, examinando, ainda que precocemente, a potencialidade de reabilitação dos utentes em questão, uma vez que esta revisão inicial seria apenas de avaliações clínicas inseridas na plataforma informática. Posteriormente discutidos estes casos com a Enf.<sup>a</sup> orientadora, decidiram-se as visitas domiciliárias para poder realizar a minha própria avaliação e/ou aprofundar a informação já obtida anteriormente. Esta metodologia permitiu uma melhor gestão de tempo e recursos, resultando numa melhor gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e criando um ambiente seguro centrado na pessoa e no seu bem-estar. Considero, portanto, ter participado na construção da tomada de decisão em equipa, contribuindo para uma prática profissional e ética. Para além de fazer parte das competências comuns do EE e específicas do EEER, a discussão de casos com os pares traz novas perspectivas que poderiam não ser consideradas de outra forma.

Por outro lado, a UCV enquanto serviço mais específico, apresentava um número mais restrito de utentes pela sua capacidade reduzida, e portanto mais rotativo uma vez que a média de internamentos é de 3,5 dias. Houve necessidade de adaptação em relação ao contexto anterior, pelo que a observação do percurso de cada um foi apenas conhecido após a seleção criteriosa de quem tinha interesse em estudar ou com quem trabalhar. Esta foi uma abordagem oposta à anterior, mas não inferior ou superior, apenas adaptada. A seleção foi igualmente um trabalho conjunto com a Enf.<sup>a</sup> orientadora que permitiu uma grande diversidade de casos inicialmente, no entanto tornou-se um trabalho autónomo à medida que o projeto avançava, gerando assim respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional.

A avaliação da história clínica dos utentes, quer da UCC quer da UCV, compreendia a avaliação de registos clínicos e de enfermagem, principalmente de enfermagem de reabilitação, concluindo desta forma mais uma atividade inicialmente

programada. Deste modo foi possível analisar a metodologia de registos utilizada em cada unidade, o que facilitou a realização de registos precisos, com maior conhecimento de causa otimizando a continuidade dos cuidados.

Há muito que é conhecida a influência dos registos de enfermagem na nossa prática, ora os registos de enfermagem de reabilitação não são diferentes. Um programa de reabilitação ao qual não se consegue dar continuidade não é proveitoso para o doente, pelo menos não da melhor forma. A UCV utiliza uma plataforma própria, criada pelos enfermeiros, em que existe um campo descritivo onde podem elaborar um texto sucinto sobre a avaliação feita ao doente ou algumas observações, mas também existem intervenções parametrizadas que se assinalam à medida que se progride no programa. No final do internamento ao imprimir todos os registos desta base relativos ao doente em questão, consegue-se visualizar facilmente a evolução do mesmo, visto traduzir-se numa tabela sintetizada. Esta foi outra forma de comparar registos do EEER.

O fato de conhecer a organização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi facilitador no processo de integração na equipa e compreensão da dinâmica da UCC. A disponibilidade e o interesse da Enf.<sup>a</sup> orientadora (EEER) em disponibilizar-me o material necessário foi igualmente indispensável. Aferi que neste contexto existe uma equipa de enfermagem diferenciada, com elementos com vários graus académicos, várias especialidades, e com vários projetos em curso também. A enfermagem de reabilitação é, sem dúvida, uma mais valia para o serviço e para os seus utentes, reconhecida pelos mesmos como tal.

Neste sentido, evidencia-se lógica a atribuição de funções de chefia aos enfermeiros especialistas, nestes contextos em particular ao EEER, tendo em conta as competências e responsabilidades inerentes. Como refere a Ordem dos Enfermeiros (OE), estes são “(...) responsáveis pela produção e gestão da informação que influenciam direta e indiretamente a qualidade e resultados dos cuidados (...)” (OE, 2015), apesar de a OE se referir a cuidados de reabilitação, infiro que se pode alargar este âmbito e generalizar, concordando com os enunciados das competências comuns do enfermeiro especialista.

Numa etapa seguinte, atendendo a mais uma atividade calculada, surgiu a oportunidade de presenciar reuniões de enfermagem e multidisciplinares. Ora,

admitindo que o enfermeiro especialista se rege pelos domínios de competências comuns que incluem a responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade e gestão dos cuidados (OE, 2010a), o mesmo deve tomar uma atitude participativa neste tipo de reuniões, deve dar o seu contributo para melhorar a qualidade dos cuidados e colaborar na resolução de questões relacionadas com a gestão de serviços, pelo que foi interessante presenciar uma componente prática dos enunciados descritos como forma de antever e relacionar o que é esperado das funções do EE.

Na UCV estas reuniões eram diárias. Por volta das 8h o turno inicia-se com a passagem de informação de enfermagem, seguindo-se de uma reunião multidisciplinar com médicos, técnicos e enfermeiros onde o médico de urgência interna transmite as informações da noite aos colegas que recebem o turno, uma vez que esteve de permanência no serviço, com apoio visual das imagens de TC ou RM para contextualizar a informação escrita.

Tanto esta reunião multidisciplinar como o aporte visual são dois elementos fulcrais, pois possibilitam uma melhor gestão dos cuidados de enfermagem face ao tempo disponível, conseguindo ter uma melhor percepção da vertente imagiológica, até porque as imagens são discutidas entre todos, e permitem enquadrar melhor as restantes características clínicas associadas. A equipa facilita a dinâmica no trabalho, sendo o primeiro passo para o bom funcionamento da unidade, mas também seria difícil de outra forma, uma vez que o contacto entre os diversos profissionais é constante e indispensável, complementando-se da melhor forma. Posteriormente há lugar ainda a uma terceira reunião, onde é discutido o plano para cada doente, mas desta vez constam apenas o enfermeiro responsável de turno e equipa médica, sendo futuramente transmitidas as informações pertinentes à restante equipa.

No mesmo âmbito, presenciei uma das reuniões mais importantes em contexto da comunidade, entre a equipa coordenadora local (ECL) / ECCI / URAP (unidade de recursos assistenciais partilhados). Nesta reunião foram transmitidas informações acerca das funções da ECL, da URAP, o fluxograma do processo de referenciação, fluxograma do processo de admissão e as equipas multiprofissionais do ACES (Agrupamento de centros de saúde), que incluem fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, terapeuta da fala, higienista oral, técnico do serviço social, enfermeiro,

médico e assistente técnico. Discutiram-se ainda os modelos de avaliação interna, que neste caso se pretende conjunta.

No âmbito social clarificou-se o fato de o domicílio ser a residência oficial permanente ou temporária de um utente (pode ser um lar) e a necessidade de haver inscrições esporádicas que devem estar garantidas quando requeridas. Posto isto, o ponto forte da reunião foram as dificuldades perante um conjunto de valências, que por não serem da reabilitação não tem interesse em ser nomeadas.

No seguimento foi elaborada uma carta de qualidade do ACES, onde conta com a colaboração de todos. Foram discutidas ainda a validade de alguns campos obrigatórios nos registos, a insuficiência de recursos materiais e humanos e o défice de tempo de transporte para realizar os domicílios. No final foram apresentados os valores das taxas de ocupação em 2017, relevantes para contextualizar o trabalho realizado, e que se situam nos 79,74% para a ECCL em questão.

Segundo Pina e Cunha et al (2003, p.398), a “comunicação representa o aparelho circulatório da vida organizacional”. A partir desta premissa compreende-se a relevância destas reuniões, em que a instituição envolve e compromete os colaboradores, facilitando a própria comunicação entre eles, reforçando os seus níveis de motivação e empenho. O objetivo final será uma melhor interação entre as pessoas, para que consigam atingir uma maior eficácia e eficiência, tornando a imagem organizacional favorável a todos, com sucesso no seu desempenho – “A comunicação interna é crucial no desenvolvimento de qualquer organização e por isso deve ser bem pensada, bem estruturada tendo por base uma forte estratégia de comunicação (...)” (Ventura, 2012), essencial para atingir os seus objectivos. Posto isto, e segundo a mesma referência bibliográfica, ao colaborarem na carta de qualidade do ACES, é suposto os enfermeiros sentirem-se integrados e considerados no processo de tomada de decisão organizacional.

Considero que foi interessante estar presente nesta reunião, principalmente como forma de integração ao serviço, de modo a entender o seu funcionamento e a ligação que tem com os restantes serviços do ACES. É curioso perceber que se evidenciam as dificuldades apresentadas na reunião, tanto para os restantes profissionais, como para utentes que beneficiam da sua prestação de cuidados. Para além disso muitas das dificuldades apresentadas são vistas de igual forma em outros contextos, com expressões diferentes talvez, tendo em conta as

circunstâncias, sendo o objetivo a atingir o mesmo, obter a máxima qualidade de cuidados.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE, 2015) “os enfermeiros têm uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde (...)”, o que demonstra a importância de reuniões como a supracitada, onde é incontestável a multidisciplinariedade. Mais acrescento, o enfermeiro especialista não só complementa, como lidera. O contributo da ECCI para a carta de qualidade do ACES foi meticulosamente incitado e liderado por EEER, conduzindo assim os processos de tomada de decisão, sendo esta mais uma forma de promover a proteção dos direitos humanos, garantir a segurança e dignidade dos utentes, seguindo os princípios, valores e normas deontológicas da profissão (OE, 2010a).

A entrevista à enfermeira chefe/orientadora foi realizada apenas posteriormente, o que pode ter sido considerada uma limitação na altura, facilmente ultrapassada pela realização de uma reunião mais sucinta no primeiro dia de estágio.

Posteriormente ao período de adaptação, o objetivo que sucede consiste em **aprofundar conhecimentos sobre o processo de reabilitação cognitiva, em doentes com lesão cerebral adquirida, como base para uma práxis clínica especializada**. Este foi desenvolvido em simultâneo com a **sensibilização dos profissionais de saúde para a importância da reabilitação cognitiva precoce em doentes com lesão cerebral adquirida**, por partilharem algumas das atividades e, conseqüentemente, competências a atingir.

Uma das atividades previstas incluía a construção de conhecimentos acerca das LCA e reabilitação cognitiva, o que engloba só por si outras atividades, como a consulta de bibliografia pertinente e atualizada e pesquisa bibliográfica na base de dados EBSCO como parte da metodologia adoptada.

Ora, no início de Novembro surgiu a oportunidade de participar no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação, organizado pela Associação Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação (APER), que decorreu na póvoa de Varzim de 30 de novembro a 02 de Dezembro de 2017, subordinado ao tema: “Acessibilidade em Saúde: garantir qualidade de vida”. Esta foi uma ótima

oportunidade de aprofundar conhecimento na área da reabilitação cognitiva, sendo necessário efetuar uma nova revisão visto aquela já executada não se enquadrar totalmente no tema do congresso, tendo sido um trabalho produtivo e complementar. Foi concebido um documento que serviria de base a uma comunicação oral, mas também um poster que reflete a investigação levada a cabo. O trabalho desenvolvido para a comunicação oral, posteriormente aperfeiçoado, deu origem a um artigo científico que se pretende submeter para publicação.

O poster apresentado designa-se “Lesão Cerebral Adquirida – obstáculos no acesso à reabilitação” (apêndice III), tendo merecido uma Menção Honrosa. A questão primordial assenta em compreender a acessibilidade e equidade em cuidados de saúde, especificamente de reabilitação cognitiva em pessoas com LCA, tendo sido utilizada a metodologia de revisão scoping, conforme o protocolo emanado pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI), alcançando mais uma competência descrita no regulamento das competências comuns do EE, que engloba a utilização de tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados (OE, 2010a).

As principais conclusões retiradas desta pesquisa incluem as consequências da inacessibilidade à reabilitação cognitiva, os fatores que contribuem para a disparidade no acesso a cuidados de reabilitação e estratégias para combater essa tendência.

O objetivo deste trabalho foi dar visibilidade aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação com foco na área cognitiva. Como menciona a OE (2015), “Os Enfermeiros de Reabilitação são responsáveis pela produção e gestão da informação que influenciam direta e indiretamente a qualidade e os resultados dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação prestados”. Ora, para que essa informação afete o máximo de indivíduos possível, é necessário difundi-la.

Implicitamente, o tema dos documentos concebidos encontra-se relacionado com o projeto, o que traduz um trabalho contínuo e bem sustentado. A atribuição da menção honrosa é um mero indicador de sucesso no que diz respeito ao principal objetivo, que seria despertar a atenção dos profissionais para este tema.

A elaboração destes documentos demonstra uma práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, contribuindo igualmente para o desenvolvimento da enfermagem. Neste caso particular, uma contribuição indireta uma vez que esta ação pretende chegar aos enfermeiros, generalistas e

especialistas, motivo pelo qual o poster foi partilhado no local de estágio, funcionando como facilitador da aprendizagem. Esta prática envolve ainda o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, promovendo o exercício seguro, com decisões devidamente suportadas (OE, 2010a).

Particpei ainda no workshop sobre avaliação e estratégias para a reabilitação de utentes com demência, rentabilizando assim as oportunidades de aprendizagem. Apesar de se desviar um pouco ao âmbito do estudo pretendido, que exclui lesões neurodegenerativas, há uma grande semelhança principalmente nas intervenções dirigidas a estas pessoas, diferindo, por exemplo, nos instrumentos de avaliação.

Concluindo, este foi um verdadeiro desafio, que se insere sem dúvida ao nível do 2º ciclo. Não é suficiente saber sobre o tema e discuti-lo, há que integrar todos estes conhecimentos, que só por si já são complexos, desenvolvendo competências que permitam uma aprendizagem auto-orientada e autónoma, contribuindo ainda para o desenvolvimento da profissão, especificamente no que remete para a reabilitação. Considero imprescindível o envolvimento dos enfermeiros com a profissão, tomando parte ativa neste processo.

Prosseguindo com a noção da aprendizagem auto-orientada e autónoma, durante o estágio na UCV surgiu um tema com o qual não estava à vontade, carecendo de mais pesquisa. Tendo isso em conta, importa relembrar que um dos focos na reabilitação cognitiva é a avaliação da função cognitiva do indivíduo. Esta deve ser rigorosa, pois é a partir da mesma que se delineará o programa de reabilitação, uma vez que permite identificar as fraquezas e os pontos fortes, medir e monitorizar a evolução de cada um e avaliar a eficácia das intervenções concretizadas (Wilson e Clare, 2003; Tate, 2010; Marques-Vieira e Sousa, 2017), tornando possível um planeamento que tem em conta as necessidades próprias de cada pessoa. A questão que se colocou logo de início foi a avaliação cognitiva em indivíduos com alterações da linguagem. Ora, segundo os autores consultados, existem três fatores principais que condicionam a avaliação cognitiva de uma pessoa: alterações da linguagem, escolaridade e idade. A pessoa com afasia pode apresentar um perfil cognitivo sem mais alterações, no entanto, por se saber que a linguagem partilha conexões com outras vertentes cognitivas, são vários os estudos que têm demonstrado a existência de défices cognitivos para além dos de processamento linguístico, geralmente envolvendo alterações da atenção, memória

e funções executivas (Bonini, 2010 e Fonseca, 2017), confirmando a preocupação levantada acerca da relação íntima entre as alterações da linguagem e uma avaliação cognitiva específica.

Neste trabalho é proposta uma bateria de testes cognitivos e de linguagem, os quais requerem ainda de validação e mais alguma investigação. Individualmente, alguns destes sub-testes já se encontram validados noutras baterias como o desenho do relógio, alguns testes de memória e de linguagem. Posto isto, depreende-se que deve dar-se preferência a testes não-verbais para avaliação cognitiva de pessoas com afasia. Ainda assim, há que ter em consideração que grande parte dos testes não-verbais têm indicações verbais (Fonseca, 2017). Por forma a facilitar a avaliação cognitiva neste contexto, foi criado um diagrama que inclui os testes mais utilizados e legitimados, de acordo com a sua aplicação consoante alguns critérios como estado de consciência, estados confusionais agudos e alterações da linguagem. Tanto as conclusões como o raciocínio subjacente às mesmas estão presentes na sessão de formação (apêndice IV) realizada aos enfermeiros da respetiva unidade, propagando, mais uma vez, informação útil para o dia-a-dia dos mesmos, sendo-me reconhecido o papel de consultora nesta área da especialidade, otimizando ainda o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão como refere o regulamento das competências do EE (OE, 2010a).

Com esta pesquisa surgiu forma de conhecer os recursos disponíveis no centro hospitalar, para que os doentes possam ser devidamente acompanhados. Conhecidos esses recursos, tornam-se um benefício para os seus utilizadores, por mais escassos que sejam. Por exemplo, existe uma psicóloga com especialidade em reabilitação cognitiva que acompanha alguns destes doentes em regime de internamento e ambulatório, consoante referenciação dos profissionais que identifiquem essa necessidade em primeiro lugar.

Retornando à enfermagem de reabilitação, a importância de aplicar o instrumento de avaliação adequado é muitas vezes subestimada. Considerando esta afirmação, os resultados dos testes cognitivos aplicados a várias pessoas internadas na UCV estão de acordo com os autores mencionados, assinalando alterações notórias principalmente entre as três características que mais condicionam essa avaliação como já foi referido: escolaridade, idade e gravidade da lesão,



principalmente quando existem alterações da linguagem. Por exemplo, por comparação um Sr. com cerca de 50 anos de idade, com lesão grave mas com alto nível de escolaridade (era professor de matemática no secundário) foi mais fácil de avaliar segundo os instrumentos de medida validados para Portugal do que uma Sra. idosa, analfabeta e com lesão menos grave, uma vez que até a identificação dos números para a mesma seria uma dificuldade acrescida. Evidentemente que utilizar a mesma estratégia para duas pessoas tão diferentes seria irresponsável e inconsequente, mas o trabalho de campo efetuado nesta área permitiu adequar os instrumentos de avaliação e a forma de abordagem de modo a adaptar posteriormente as intervenções de enfermagem de reabilitação. Dado o curto tempo de internamento dos utentes, conforme já foi referido, foi desafiante desenvolver o que foi planeado, ainda assim foi possível aplicar vários instrumentos de medida, porque por diversas vezes foi necessário utilizar a estratégia de tentativa-erro para compreender quais os melhores testes cognitivos a aplicar.

Concluindo, este é um processo que requer alguma prática e sensibilidade, pois mesmo seguindo o diagrama elaborado por forma a facilitar esta avaliação, cada caso é um caso, sendo essencial atender às particularidades de cada pessoa e situação clínica subjacente. Como diz Walter Hesbeen, “os cuidados personalizados exortam os profissionais a um olhar mais perspicaz que não reduz a visão que têm da pessoa (...)” (Hesbeen, 2003 p.XI).

Nesta reta final de estágio tive ainda oportunidade de participar em várias outras formações, principalmente a partir da UCV, visto ser um contexto muito específico e com profissionais em formação de uma forma constante. Presenciei três formações em serviço, duas delas sobre técnicas de imagem no AVC e uma intitulada de “Edema cerebral e hidrocefalia – complicações no AVC”, bem como uma formação externa, aberta a profissionais externos ao centro hospitalar, com o tema: “A pessoa com AVC”. enquanto as primeiras foram leccionadas por um neurologista e um neurorradiologista do serviço, a última contou com vários preletores de diferentes locais. Todas estas formações foram bastante pertinentes para a área em estudo, tendo em conta a complexidade das neurociências, foram elucidativas e educacionais.

O enfermeiro deve procurar a excelência do exercício na profissão “(...) assumindo o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos (...),

sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (REPE, 2015, p.86). Ainda que este princípio não seja de carácter obrigatório, parte de cada um assumir essa responsabilidade, com autonomia para decidir sobre o seu percurso formativo. É pouco provável haver lugar à prestação dos melhores cuidados sem conhecimento atualizado, visto a área da saúde, e especificamente da enfermagem, estar em constante evolução. Mais acrescento, a obtenção do grau académico de mestre e especialista exige este comprometimento, tornando as formações supracitadas um complemento pessoal e profissional, contribuindo para a aquisição das aptidões e competências esperadas enquanto EEER.

De referir que não foi possível realizar uma das atividades previstas, a avaliação da formação através de uma grelha, uma vez que a formação foi realizada no último dia de estágio, na transição do turno da manhã para o da tarde, e pela pouca disponibilidade de quem tinha que sair a horas ou de quem tinha tarefas a cumprir em horário de trabalho. Ainda assim, o feedback recebido após o término da sessão foi positivo, através da discussão suscitada e questões colocadas.

Seguindo naturalmente a ordem cronológica de eventos, bem como o planeamento do projeto, o objetivo que se segue implicou **desenvolver competências sobre a avaliação das funções cognitivas e reconhecer alterações que impliquem limitações/incapacidades**. Este objetivo coaduna-se com o próximo, pelo que serão abordados os dois em simultâneo neste ponto, sendo ele **desenvolver cuidados em enfermagem de reabilitação que permitam recuperar ou compensar défices cognitivos estabelecidos**

Não é demais relembrar que as competências relativas à reabilitação cognitiva foram desenvolvidas maioritariamente durante o estágio na UCV, pelo que o exemplo que se segue sucedeu nesse contexto.

Um dos casos que mais contribuiu para o desenvolvimento nesta área de estudo da cognição foi o do Sr. J. A. , de 82 anos de idade, com lesão temporo-occipital interna esquerda, córtex occipital, talâmica e hipocámpica bilateral embora de forma mais acentuada no lado esquerdo, bem como mesencefálica esquerda e cerebelosa bilateral, consequência de AVC isquémico das PICA (artéria cerebelar posterior inferior) e ACP (artéria cerebral posterior) esquerda. Do ponto de vista

neurológico à admissão apresentava olhar preferencial para a esquerda, HHD (hemianópsia homónima direita) por ausência de reflexo da ameaça, parésia facial central direita, hemiparésia e hemihipostesia direita, alteração da linguagem com expressão e compreensão comprometidas. Após ter terminado fibrinólise e imediatamente antes de angiografia cerebral apresenta melhoria neurológica exibindo apenas apagamento do sulco nasogeniano à direita, hemihipostesia e afasia com compreensão aparentemente preservada, perfazendo um score de 10 na NIHSS. Neste caso foi realizada fibrinólise + terapêutica endovascular com alteplase intra-arterial e trombectomia aspirativa por oclusão do segmento P1/P2 esquerdo, com repermeabilização completa. Detetaram provável etiologia cardioembólica (Fibrilhação auricular sob hipocoagulação com varfarina por INR - International normalized ratio - infra-terapêutico à admissão).

Dos antecedentes pessoais do Sr. destaca-se doença renal crónica sob TSFR (terapêutica substitutiva da função renal), com FAV (fístula arterio-venosa) úmero-cefálica funcional no MSD, a qual foi utilizada neste internamento. Como intercorrência destaca-se derrame pleural à direita nos primeiros dias por sobrecarga hídrica, resolvido após primeiras sessões de hemodiálise, infeção respiratória posterior e disseção da artéria ilíaca direita pela técnica de angiografia, o que condicionou a intervenção de enfermagem de reabilitação, quer pela imobilidade a que foi sujeito, quer pelas constantes ausências do serviço para realização de exames e/ou tratamentos como a hemodiálise.

Ao segundo dia de internamento na UCV após avaliação neurológica do Sr, foram identificados os seguintes problemas: Apraxia ideacional, afasia anómica, prosopagnosia, agnosia táctil e visual, acromotopsia, HHD, discreta dismetria na prova dedo-nariz (hipermetria), não foi possível testar marcha ou equilíbrio. Não diria anosognosia porque o Sr. reconhece algumas das suas limitações e este é um sintoma de lesão da ACM (artéria cerebral média) direita, mas avaliando o seu comportamento resta a dúvida, sempre bem-disposto, sorridente, não fica frustrado quando dá respostas erradas às questões que lhe são colocadas, ou quando não sabe a resposta, com fraco sentido crítico para as situações atuais. Pelo seu grau de escolaridade considerou-se capacidade de cálculo preservada, tendo em conta a localização deste evento vascular, com lobo frontal poupado e aparentemente parietal também, apesar da afasia anómica ser normalmente indicativa de lesão

mais superior, cortico-subcortical esquerda, esta é no entanto concordante com oclusão encontrada na angiografia principalmente do segmento P2. Considerou-se ainda a possibilidade de cegueira cortical, que ainda não tinha sido totalmente descartada tendo em conta a lesão do córtex occipital, no entanto já era conhecida diminuição da acuidade visual, sendo que naquela fase conseguia segurar nos objetos que lhe eram fornecidos por exemplo, conseguia contar os dedos que lhe eram apresentados e distinguir formas.

Neste caso o objetivo passa por obter uma noção do desempenho cognitivo global da pessoa, mas também despistar disfunções cognitivas focais associadas à LCA. Os testes de rastreio cognitivos servem estes critérios, tornando possível uma análise da função cognitiva breve mas concisa. No seguimento, e tendo em conta a revisão bibliográfica concretizada, para avaliação dos défices cognitivos do Sr. J. A. foi excluído o MMSE (Mini Mental State Examination) por ser mais adequado para indivíduos idosos com baixo grau de escolaridade, sendo eleito o MOCA (Montreal Cognitive Assessment) teste, por ser precisamente mais discriminativo que o anterior, mostrando-se um instrumento sensível aos défices mais ligeiros, avaliando seis domínios cognitivos: atenção e concentração, função executiva, memória, linguagem, capacidade visuoespacial e orientação (Freitas, Simões, Martins, Vilar, e Santana, 2010; e Freitas, Simões e Santana, 2014). Este teste, inicialmente utilizado para diagnosticar défice cognitivo ligeiro (DCL), encontra-se atualmente validado para algumas demências, incluindo as de causa vascular, enquadrando-se desta forma no caso citado. Os estudos que validam esta hipótese reconhecem pontos de corte de 17 pontos para a demência e 22 para o DCL (Freitas, Simões e Santana, 2014). Importa mencionar ainda que os dois instrumentos supracitados para avaliação do perfil cognitivo são recomendados pela Direção Geral de Saúde (DGS), na norma que emitiu em 2012, com o tema: Abordagem Terapêutica das Alterações Cognitivas (DGS, 2012).

Os resultados originados foram congruentes com a situação clínica do doente, com pior resultado no exercício de nomeação (pela afasia anómica), de avaliação visuoespacial (devido à HHD e alexia, pela dificuldade em reconhecer os números e as letras visualmente) e memória (lobo temporal e área hipocampal afetados). Ainda que o objetivo não tenha sido diagnosticar uma afeção que se pode interpretar como permanente, mas sim avaliar uma condição que pode ser transitória dada a fase

inicial da lesão adquirida, note-se que no total foi obtida uma classificação de 15 em 30 pontos no MoCA teste.

Uma vez que a área hipocampal estará afetada, será difícil a consolidação das memórias com dificuldade na aprendizagem de nova informação, bem como aceder à memória de objetos ou rostos pelas restantes lesões no lobo temporal. Posto isto, será pertinente utilizar a Wechsler Memory Scale, 3ª Edição (WMS-III) para melhor caracterizar o défice de memória, no entanto este é um instrumento que tem um tempo de aplicação consideravelmente prolongado para ser utilizado na fase aguda ou sub-aguda de LCA, como é o caso, para além de não ser um instrumento de acesso livre, pelo que deve ser ponderada a sua relevância futuramente.

Conforme a avaliação referida, foram selecionadas duas estratégias que compreenderam estímulo e treino cognitivos, uma vez que, de acordo com Sohlberg e Mateer (2008) e Varanda e Rodrigues (2017), um programa de reabilitação cognitiva é árduo de implementar por ser complexo e moroso, devendo ser reservado para neuropsicólogos ou profissionais com formação específica na área da reabilitação neurológica. Esta premissa aplica-se principalmente considerando o contexto de estágio, a fase de lesão que os doentes apresentam (aguda / sub-aguda) e o tempo de permanência no serviço. Uma das técnicas mais simples mas mais importantes, envolve a orientação espaço-temporal. Foi inesperado constatar, segundo as referências de Ekman, P. (2003), o fâcies de surpresa, apreensão e preocupação do Sr. cada vez que lhe referia que este se encontrava hospitalizado por um AVC, mas foi essencial para que este colaborasse no seu processo de recuperação, para que desse sentido às suas e às nossas ações. Para além disso, foi realizado treino de memória através da repetição de listas de palavras, confrontando muitas delas com objetos que colocava na linha de visão do Sr. para que este conseguisse fazer associações. No final do segundo turno, após aplicado o plano de reabilitação, o Sr. conseguiu reconhecer os seus próprios óculos, compreendendo igualmente a sua função. Inicialmente não só não os reconhecia, como negava serem seus e era muito renitente a utilizá-los. Apesar deste ganho, continuava a não conseguir nomear os restantes objetos nem referir a sua função, no entanto de alguma forma conseguia utilizar alguns de forma correta, mas não era consistente. Por exemplo, ao segurar a colher de sopa, com a sopa à sua frente, começou a comer automaticamente. Por outro lado, ao dar-lhe o pente e ser-lhe

fornecida instrução para o utilizar, não conseguiu da mesma forma, senão após demonstração. Este processo de reeducação que incide sobre a alimentação e o autocuidado, subentende algum grau de treino de atividades de vida diárias (AVD), atingindo mais uma competência no que respeita à capacitação da pessoa com limitação da atividade, abrangendo intervenções autónomas do EEER (OE, 2010b). Atendendo ao modelo de Meleis, ao abordar a reeducação, está implícita a necessidade de adaptação do indivíduo face a uma situação nova, carecendo de apoio para completar um processo de transição por doença. Tanto este doente como a sua família precisam de se reorganizar para que consigam incorporar esta mudança nas suas vidas, quer seja ela temporária ou permanente. Neste caso particular este Sr. ainda não tem, e poderá não vir a ter *insight* para o fazer conscientemente, daí a importância de sensibilizar e apoiar a família neste sentido. A discussão do caso com os enfermeiros do serviço possibilitou a consistência dos cuidados, tendo em conta o fato e a família ser muito presente.

Importa ainda ressaltar um aspeto fundamental, que muitas vezes está tão latente na nossa prática que não é devidamente reconhecido. O diagnóstico precoce de alterações da percepção e do conhecimento, particularmente quando o doente não reconhece as suas limitações, é essencial para promover a segurança, quer do próprio quer dos profissionais. Torna-se indispensável a promoção de um ambiente gerador de segurança, de forma ativa e preventiva, evitando riscos desnecessários. Este foi de fato um princípio tido em conta nos cuidados prestados, notificando a equipa multidisciplinar que lida com o doente, para que pudessem ser tomadas as precauções apropriadas, gerindo o ambiente físico do mesmo, como adequação da luminosidade e ruído do ambiente, mantendo os dispositivos necessários ao seu alcance e grades da cama elevadas, consolidando desta forma mais algumas competências descritas pela OE, quando indica que o EE “cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” (2010a).

A nível motor foi recuperando gradualmente, nos últimos dias na UCV sem qualquer alteração da força muscular ou sensibilidade, sem alterações da deglutição, com todo o potencial para obter um grau de funcionalidade satisfatório, não fossem os défices cognitivos. Com efeito, esta foi uma das situações mais desafiantes em todo o estágio. Apesar de ter sido uma abordagem complexa, considero ter conseguido efetuar uma avaliação neurológica adequada, planejar e implementar

intervenções de acordo com essa avaliação. Face ao curto período de tempo de implementação do plano de reabilitação, visto ter trabalhado apenas dois dias com este Sr., os resultados foram satisfatórios, estando de acordo com os estudos recolhidos neste campo, com enfoque na intervenção precoce ainda em fase aguda e sub-aguda da LCA. Em suma, foi possível sistematizar a avaliação neurológica, destacando a escala de AVC do NIHSS, mas também a avaliação cognitiva especificamente, e não só compreendi como integrei os conhecimentos na avaliação diária dos doentes.

Grande parte do projeto foi dedicada à avaliação destas pessoas, dada a sua complexidade e a influência que tem na intervenção junto das mesmas. Desta forma, considero desenvolvidas as competências enunciadas pela OE (2010b), para o EEER, no que diz respeito à avaliação da funcionalidade e diagnóstico de alterações que determinem limitações da atividade e incapacidades, bem como a concepção e implementação de um plano de cuidados ajustado a essas necessidades, com o intuito de melhorar a sua qualidade de vida e reintegração no quotidiano. No que concerne à maximização das capacidades funcionais que permitem um melhor desempenho motor e cardio-respiratório, apesar de não ter sido desenvolvida nenhuma ação específica sobre essas áreas, é do conhecimento geral que qualquer atividade envolve sempre componentes cognitivos (Basford e Malec, 2015), sendo implícito que a reabilitação cognitiva, de uma forma geral, suporta a recuperação global do indivíduo.

Ainda que bastante produtivo, este não foi o único caso de sucesso. Mesmo conseguindo descodificar os défices não linguísticos associados às pessoas que sofreram LCA e apresentam alguma alteração na linguagem, muitas delas já sustentavam algum grau de demência, acrescentando a dificuldade em compreender os défices instalados de novo e os que agravaram com a lesão. Neste contexto compreende-se a importância da entrevista à família (Varanda e Rodrigues, 2017), mas nem sempre a mesma está ciente das capacidades cognitivas do seu familiar. Esta foi uma das limitações encontradas e a qual foi ultrapassada precisamente com recurso a registos de saúde anteriores e declarações de familiares e dos próprios doentes.

No mesmo contexto, mas com um doente diferente, que exibia apenas défice na memória de trabalho, foi ainda utilizada a terceira versão do Addenbroke

Cognitive Examination (ACE-III), por ser considerado igualmente um teste de rastreio cognitivo, validado para a população portuguesa. Contudo, de acordo com os autores e com a experiência na utilização deste instrumento, o tempo de aplicação do mesmo é superior (cerca de 20min segundo a literatura, 30min nesta situação) por ser mais extenso, não justificativo nesta fase aguda e sub-aguda, avaliando apenas 5 domínios cognitivos (atenção, memória, fluência verbal, linguagem e capacidade visuoespacial), o que revela menor sensibilidade para fases precoces de transtornos cognitivos. Da mesma forma não foi empregue em contexto de estágio a Bateria de Lisboa para avaliação de demências (BLAD) pela sua extensão e por não se adequar à fase aguda de LCA.

Um dos instrumentos de avaliação ainda não abordados até então, mas dos mais conceituados e úteis neste campo, foi integrado inúmeras vezes neste local de estágio. Refiro-me à Levels of Cognitive Functioning Scale (LCFS) Rancho Los Amigos, porém este foi selecionado e utilizado em casos de alteração de estado de consciência ou estados confusionais, por conseguir diferenciar níveis de funcionamento cognitivo desde o coma até à recuperação completa do estado cognitivo normal (Varanda e Rodrigues, 2017), constatando-se a sua fácil aplicação e abrangência, conforme descrito na bibliografia.

No diagrama elaborado e ilustrado na sessão de formação lecionada aos profissionais da UCV, constam precisamente estes 5 instrumentos de medida para avaliar alterações cognitivas globais: MMSE, ACE-III, BLAD, MoCA e LCFS. Importa mencionar ainda que instrumentos de avaliação nos campos da atenção e funções executivas, de forma individual, que não enquadrados nos de avaliação cognitiva global, existem a nível internacional, porém não se encontram validados para a população portuguesa, emergindo assim uma oportunidade de investigação nesta área.

Tendo em consideração as características dos doentes estudados na UCV, não foi exequível a elaboração de um plano de cuidados de reabilitação com foco nas funções executivas, visto essa não ter sido interpretada como uma prioridade. Houve no entanto oportunidade de trabalhar particularmente a memória e a atenção como forma de chegar às funções executivas. Apesar de os planos de cuidados de enfermagem de reabilitação serem abrangentes, todos eles focaram a atenção e a memória, como sendo as maiores problemáticas referidas pelos próprios doentes ou



subentendidas pelos testes de avaliação. O fato de ter ponderado esta opção realizada pelos doentes, comprova a promoção do respeito dos mesmos à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde, bem como o respeito pelos valores de cada um (OE, 2010a).

Por fim, atendendo a mais uma das atividades previstas no planeamento do projeto, é indispensável incluir nos cuidados as ações educativas, quer ao doente como à família. Esta foi mais uma etapa concluída com sucesso como se pode verificar pelo exemplo que se segue.

A Sra. G. Foi admitida na UCV por HSA (hemorragia subaracnoidea) difusa por rutura de aneurisma da ACA (artéria comunicante anterior), que terá sido embolizado e excluído com espiras. No entanto verificam-se vários episódios de vasoespasmos ligeiros em todo o hemisfério esquerdo. Por este motivo é da maior importância uma avaliação recorrente. Segue-se a avaliação neurológica: Alterna períodos de vigília com períodos de maior sonolência, apresenta-se orientada na pessoa, desorientada no tempo e espaço. Não reconhece os défices. Processos de atenção, memória de trabalho e percepção comprometidos, bem como linguagem. Comunicativa à abordagem, por vezes com discurso fluente, maioritariamente perceptível mas não adequado com a realidade, nomeia 5/5 com objetos simples, mas tem dificuldade na nomeação com objetos mais complexos, repete palavras isoladas de forma inconsistente, cumpre ordens simples de forma inconsistente, comunica por vezes com recurso a parafasias e neologismos. Hipervigil, tem dificuldade em manter o foco na tarefa, não consegue sequenciar a mesma, necessita de estímulo constante. Dificuldade acrescida na aprendizagem de novas tarefas, não retém grande parte da informação fornecida. Sem oftalmoparésias ou defeitos de campo, apesar de fraca colaboração da doente no exame. Apresenta isocória, pupilas simétricas e isorreativas. Mantém discreta parésia facial central direita, sem alteração das estruturas da orofaringe e sem alterações na deglutição. Com força muscular diminuída no membro superior direito, grau 4+/5 a nível proximal e grau 3+/5 a nível distal. Consegue executar a prova dedo-nariz sem aparente dismetria. Aparentemente sem défice de sensibilidade, mas avaliação duvidosa pelo mesmo motivo.

Este foi um caso particular, uma vez que foi mais simples estimular e motivar a Sra. no seu processo de reabilitação por partilharmos experiências comuns.

Apesar de a Sra. não se recordar, conhecemo-nos há cerca de 28 anos, mas há muito que não nos cruzávamos. Parti de alguns pontos comuns para estabelecer relação terapêutica e captar a sua atenção. Um dos quais com recurso a fotografias de Vila Viçosa (terra natal), articulando com eventos locais e pessoas, provocando o máximo de estímulos que consegui. As estratégias de treino cognitivo principais adoptadas foram a orientação espaço-temporal, nomeação e treino de memória com recurso a pistas, excluindo tentativa-erro, uma vez que a aprendizagem sem erro está recomendada para défices graves de alterações de memória, estimulando a memória implícita.

Desta vez houve oportunidade para reunir com a família. Ora, sendo esta uma alteração do estado de saúde aguda, ninguém está preparado para lidar com tantas alterações, principalmente cognitivas. Foi necessário explicar todo o processo de lesão e consequentes défices adquiridos, antes de proceder a qualquer ensino. Claramente que esta é uma atividade realizada em multidisciplinariedade, no entanto após receber uma quantidade enorme de informação nova, é necessário tempo para processar a mesma e integrá-la. O apoio do EEER é indispensável, principalmente no esclarecimento de dúvidas que se seguem. O conhecimento e prática dos profissionais faz com que as pessoas se sintam seguras, tanto doente como familiar. Neste caso particular houve possibilidade de confrontar a filha da Sra. G. com estado atual da mãe, fornecendo indicações e instruções de como lidar com o défice de atenção e de memória principalmente. Este foi um processo lento, no sentido em que a Sra. G. esteve hospitalizada neste serviço específico durante algum tempo. Essencialmente realizados ensinamentos à filha sobre os exercícios que estavam a ser realizados quase diariamente com a mãe, por vezes até presenciados, para que esta conseguisse posteriormente dar continuidade aos mesmos. Ainda assim a mesma foi referenciada para consulta de neuropsicologia para que pudesse prosseguir o acompanhamento.

Com a atividade referida foi viável otimizar a resposta da equipa de enfermagem, articulando com restante equipa multiprofissional, otimizando o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão (OE, 2010a), no que toca à reabilitação cognitiva desta Sra.

Confirmo que, desta forma, foram todas as atividades planeadas concluídas, conseguindo realizar diversas ações formativas com os próprios doentes internados,

pois à medida que ia treinando os exercícios com os mesmos, ia explicando quais os mais adequados para praticarem no domicílio ou mesmo noutra serviço após transferência ou alta.

O objetivo que se segue consistiu em **desenvolver cuidados em enfermagem de reabilitação à pessoa, com alterações aos níveis cardio-respiratório, sensorio-motor, da alimentação e eliminação.**

Quando em estágio na comunidade, revi todos os processos em curso, como forma de definir prioridades e seleccionar casos em que seria importante a intervenção de EEER. Um dos casos que pareceu mais interessante foi o do Sr. J.C., género masculino, paraplégico há 29 anos por acidente de trabalho (queda de um telhado, sofreu LVM – lesão vertebro-medular), referenciado para ECCI por apresentar lesão cutânea na região sacro-coccígea há cerca de 2 anos. Mais recentemente, há sensivelmente sete meses, sofreu rotura completa do manguito rotador (ombro direito) pós-traumática. Submetido a intervenção cirúrgica para tratamento há quatro meses, aguardava ainda início de reabilitação motora no centro hospitalar da área de residência.

Este era um Sr. que se encontrava vígil, orientado em todas as vertentes, bem-disposto, comunicativo, sem qualquer défice cognitivo e muito motivado para a reabilitação. Apresenta cicatriz na região dorso-lombar por intervenção a LVM há 29 anos e cicatriz na face anterior do ombro direito. Apresenta ainda sarcopenia, segundo a esposa que é a principal cuidadora, com apetite diminuído, alimenta-se muito mal (SIC). Mais dependente desde esta nova lesão por não ter condições para se levantar com segurança, estando acamado há cerca de 7 meses. Previamente seria autónomo em termos de mobilidade, inclusive saía à rua em cadeira de rodas manual e conduzia carro adaptado, tendo lugar de estacionamento privilegiado em frente ao seu prédio.

Na primeira visita foi efectuada avaliação global do Sr. e do seu ambiente, tendo sido cumprido tratamento à lesão por pressão. Evidenciou-se prontamente como um ótimo candidato a um programa de reabilitação. É imperativo que recupere total funcionalidade deste ombro tendo em vista a recuperação da sua independência, ajustada à sua condição crónica. Segundo a CIF (Classificação

internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde) o Sr. exibe deficiência grave ao nível da mobilidade da articulação glenoumeral direita, em todos os seus movimentos, bem como a nível de força e tônus muscular do mesmo, com consequente incapacidade funcional; deficiência completa pela paraplegia que apresenta e pela hipotonia dos músculos dos membros inferiores; com expressão pela dificuldade moderada em mudar a posição do corpo, vendo-se impedido de se deslocar por diferentes locais ou de assumir o próprio conforto.

Neste caso, segundo Rached *et al.* (2012), o Sr. beneficiaria de um programa de reeducação funcional sensório-motora, inicialmente com recurso a exercícios passivos para ganho de amplitude de movimento, progredindo para exercícios ativos e, por fim, exercícios de fortalecimento. Beneficiaria ainda de uma dieta personalizada tanto para cicatrização da ferida como para ganho de massa muscular. Para além da avaliação nesta visita, foram realizados maioritariamente ensinamentos, sugerindo ao utente realizar movimentos passivos com ajuda da esposa entre visitas, alternar decúbitos com maior frequência e experimentar suplementos proteicos (forma de iogurte, granulado, etc), sendo reencaminhado para nutricionista para maior apoio. Em termos de produtos de apoio esta família tinha disponíveis todos os requeridos, e ajustados às suas necessidades, sendo necessário melhorar as suas capacidades para o seu uso adequado.

Portanto, neste contexto foi possível ensinar, demonstrar e treinar técnicas no âmbito do programa definido, com vista à promoção do auto-cuidado, conforme previsto pela OE (2010b). Não foi exequível uma monitorização ou acompanhamento contínua uma vez que o Sr. iniciou posteriormente programa de reabilitação intensiva no centro hospitalar que tanto aguardava, pelo que seria injustificável o acompanhamento da ECCI pelo mesmo motivo. Ainda assim demonstrou-se uma ótima oportunidade de aprendizagem, onde foram mobilizados diversos conhecimentos para uma situação muito específica. Apesar de não ter conseguido utilizar indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, os mesmos estavam programados para avaliar o progresso do Sr, como por exemplo a utilização da CIF, proporcionando um seguimento uma vez que a mesma foi utilizada para a avaliação inicial do utente em questão.

Por fim, considerando todo este processo, foi discutido em equipa o que poderia ter sido diferente. Este Sr. esteve 2 meses à espera de reabilitação em

contexto hospitalar, quando poderia ter sido agilizado este processo com a ECCI uma vez que até já era seguido pela equipa, apesar de ser noutra condição. As visitas domiciliárias são de curta duração, aquando as mesmas o Sr. não terá feito comentários sobre as suas preocupações senão as relacionadas com o tratamento em vigor. Infelizmente este tipo de situação não é isolada, deve ser reconhecida o mais precocemente possível para que sejam tomadas ações em tempo útil. Após esta observação considero ter recolhido contributos e suscitado análise dos fundamentos das decisões, tomando a iniciativa de verificar os processos em curso, calculando a necessidade de avaliação / intervenção de EEER, suportando desta forma o desenvolvimento de uma prática profissional e ética e desempenhando um papel dinamizador no suporte das iniciativas estratégicas institucionais (OE, 2010a).

Tomando como exemplo uma outra situação digna de reflexão, explora-se de seguida o acompanhamento da Sra. A.A. Esta Sra. encontrava-se vígil mas não comunicativa (em mutismo, consequência de doença cerebrovascular), totalmente dependente de terceiros, pele seca e descamativa mas íntegra, membros superiores espásticos, fletidos, membros inferiores em extensão, apresenta pé equino à esquerda. Aparentemente com bons cuidados de higiene, eupneica em ar ambiente, com boa expansão torácica, simétrica, sem tosse ou presença de secreções, apresentava sonda nasogástrica (SNG) de longa duração permeável e corretamente posicionada, sonda vesical funcionante com drenagem de urina ligeiramente concentrada mas sem sedimentos, com bons débitos urinários segundo a cuidadora. Apresenta lesão por pressão na região sacro-coccígea à qual se realizava tratamento 3 vezes por semana.

O programa mais apropriado a esta Sra. foi um programa de manutenção, com recurso principalmente a mobilização passiva multisegmentar e educação para a saúde para a cuidadora / familiares. A cada visita eram reforçados ensinamentos sobre técnicas de posicionamento, alimentação, importância de hidratação por SNG e manutenção dos dispositivos (quer da SNG quer da sonda vesical). Esta intervenção considera-se preventiva, a todos os níveis já mencionados, quer sensório-motor, cardio-respiratório, de alimentação e eliminação, não menos importante que uma intervenção ativa a um problema existente.

O que mais causou impacto foram as condições físicas e sociais em que esta Sra. se encontrava. Apesar de ter cama articulada esta encontrava-se na sala

(espaço comum da casa, sem qualquer privacidade), perto da janela (conseguiu ao menos ter luz natural e alguma paisagem), com reduzido espaço para uma cuidadora prestar cuidados em volta da cama, quanto mais duas, que seria o ideal. Louvo a capacidade e resiliência dos familiares em manterem a Sra. A.A. no domicílio, provavelmente seria esse o seu desejo em detrimento da institucionalização, ou então mesmo por carência económica. Não foi possível falar diretamente com nenhum dos familiares, uma vez que quem estava presente durante as visitas seria sempre a cuidadora informal. Embora as condições habitacionais sejam frágeis, não careciam de saneamento e condições básicas.

Cada vez mais se nota a tendência para descentralizar os cuidados hospitalares para os cuidados de saúde primários ou continuados, mesmo como estratégia para a sustentabilidade do serviço nacional de saúde. Faz sentido certificarmo-nos de que estão reunidas as condições que o permitam, sem afetar o utilizador dos cuidados de saúde. Mais acrescento, cabe aos profissionais diferenciados, promoverem “(...) a responsabilização, o cumprimento de objetivos comuns e uma utilização racional e eficiente dos recursos disponíveis.” (Escoval, Barbosa e Bragança, s.d.).

Redirecionando para os cuidados em enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações a nível da alimentação, há que reforçar a importância de estas pessoas ficarem sob vigilância durante a refeição. Na UCV foi avaliado o Sr. J. A. que não apresentava sinais de disfagia, até lhe ser fornecido o pequeno almoço. Ao alterar a temperatura da bebida (de fria para morna) e ao combinar alimentos de diferentes consistências, a apreciação apresentada inicialmente teve de ser alterada, havendo ainda necessidade de ajustar a dieta e as indicações sobre a alimentação deste doente. Quando devidamente acompanhado, num ambiente com poucos estímulos externos, pode ingerir líquidos sem alteração da sua consistência, no entanto a restante dieta deve ser pastosa e, quando não devidamente supervisionado, deverá ingerir líquidos com consistência mel. Alimentos que alterem a sua consistência na cavidade oral também devem ser devidamente analisados, como por exemplo a laranja ou a gelatina. Inicialmente o doente teria uma disfagia grave a líquidos, no entanto, à data da última avaliação encontrava-se melhorado, sem alterações estruturais da orofaringe, com todos os reflexos testados na deglutição mantidos e com disfagia ligeira conforme já foi mencionado.

Inicialmente, como estratégia para interiorizar a teoria, foi efetuada uma checklist sobre a avaliação e outra sobre reeducação da deglutição (apêndice V), em conformidade com as referências bibliográficas. Contudo, a UCV possui um protocolo adaptado para avaliação da mesma, que consiste numa versão abreviada mas correta da apresentação em apêndice, tendo como principal objetivo uniformizar o procedimento. Em contexto de estágio foi aplicada a checklist realizada, sistematizando uma série de passos que por norma já são realizados na avaliação neurológica completa do doente, tendo em conta o contexto em que este se insere, motivo pelo qual o protocolo da UCV não inclui estes passos como específicos da avaliação da deglutição. Ainda assim é importante ter consciência de que, para conseguir uma avaliação correta da deglutição, é necessário ter em conta: a informação clínica do doente; avaliação cognitiva; linguagem; postura; padrão respiratório; capacidade para realizar apneia voluntária; eficácia da tosse; capacidade de movimento laríngeo aquando a deglutição de saliva; capacidade para deglutir saliva; reflexos de deglutição tosse, velopalatino e faríngeo; auscultação cervical; avaliação de pares cranianos (V, VII, IX, X e XII); e por fim o de teste de deglutição com água que consta em oferecer 1+1+1 colheres de água – 10ml de cada vez, pedir para falar e avaliar sinais de aspiração após cada colher, após 3 colheres dar um copo ao doente e pedir para beber 30-50ml (Braga, 2017a e Braga, 2017b). Importa ressaltar que existem outros exames complementares de diagnóstico para a disfagia, como a videofluoroscopia, que muitas vezes se pode realizar na unidade do doente.

Após uma avaliação meticulosa, e decidido o plano alimentar para o Sr. J. A., foi concebido um programa de reeducação da deglutição, compreendendo exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular labial, da língua, mandíbula e bochechas, para além dos cuidados transversais como a evicção de distrações ou alimentos com duas consistências, um ambiente calmo e sem limite de tempo para a refeição. Estas intervenções foram bem sucedidas, no sentido em que o doente reteve a informação transmitida, replicou e compreendeu a necessidade de continuidade dos exercícios. Para além de treinar com o doente, é fundamental ensinar para que este possa praticar autonomamente, responsabilizando-o desta forma pela sua saúde, seguindo o paradigma de cuidados centrados na pessoa. Como diz Suhonen (2008), o foco devem ser as intervenções educativas, com o

objetivo de capacitar o indivíduo, para que no final seja ele a tomar a decisão sobre os cuidados a desenvolver. Este modelo assenta no conceito de parceria nos cuidados, que consiste num processo de negociação sobre prioridades e preferências, em que o papel do enfermeiro é estar presente, oferecer suporte pessoal, habilidade, sabedoria e prática, no processo de capacitação da pessoa.

Com este exemplo foi possível desenvolver ainda competências associadas à reeducação funcional respiratória (RFR), intervindo sobre a componente mecânica da respiração, visando a melhoria da ventilação alveolar (OE, 2018). Como é do conhecimento geral, as alterações da alimentação muitas vezes cursam com perturbações respiratórias, frequentemente por aspiração. Este termo corresponde ao trajeto de conteúdo orofaríngeo ou gástrico para a laringe e trato respiratório inferior, que por sua vez dá origem à pneumonite ou pneumonia de aspiração quando é gerada uma resposta pulmonar infecciosa, que pode ser mais ou menos grave (Marik, 2011). Além disso a RFR inclui-se como uma das estratégias da reeducação da deglutição, primariamente quando a pessoa tem maior dificuldade na dissociação de tempos respiratórios. A reabilitação respiratória é ainda reconhecida por acelerar a recuperação em situações agudas. Neste caso em particular, o objetivo consistiu em aumentar o recrutamento alveolar e otimizar o movimento toraco-abdominal, por forma a melhorar a ventilação pulmonar e diminuir o trabalho respiratório (OE, 2018). Ainda na mesma linha de pensamento foram realizadas algumas manobras de expansão como a reeducação costal seletiva e global, manobras de compressão e descompressão do tórax, executadas de forma passiva, relembrando a importância de um correto alinhamento corporal para otimização ventilação/perfusão, prevenindo o desenvolvimento de atelectasias, infeções respiratórias ou defeitos posturais (OE, 2018).

As ações levadas a cabo encontram-se devidamente justificadas, com efeitos positivos sobre os seus destinatários, conforme exposto pelos autores.

Não foi possível efetuar ações educativas ao doente/família sobre técnicas de fortalecimento da musculatura pélvica, treino vesical/intestinal ou treino de hábitos conforme previsto no planeamento, no entanto foram reforçados os cuidados aos restantes níveis, de forma a permitirem, por exemplo, maior grau de mobilidade precocemente, permitindo encaminhar a pessoa ao wc para satisfazer a necessidade básica que é eliminar. As visitas domiciliárias na comunidade eram



demasiado breves, assim como os doentes em regime de internamento na UCV não apresentavam condições para beneficiarem destes ensinamentos em fase aguda. Todavia declaro atingido de uma forma global o objetivo enunciado - Desenvolver cuidados em enfermagem de reabilitação à pessoa, com alterações aos níveis cardio-respiratório, sensorio-motor, da alimentação e eliminação.

Ainda que possa ser considerado um objetivo transversal, foram reconhecidas atividades específicas, no contexto deste projeto, para **identificar e prevenir práticas de risco que possam comprometer a segurança, privacidade ou dignidade do doente.**

Ao não serem identificados em tempo útil os riscos associados a uma condição clínica, os mesmos poderão resultar em danos ou lesões agravantes da mesma, impedindo ou atrasando a reabilitação e consequente recuperação da pessoa. Por este motivo, a segurança dos indivíduos que recebem cuidados deve ser tão valorizada quanto a produtividade dos profissionais que os fornecem (Hoeman, 2011).

O principal fator de risco identificado, junto das pessoas avaliadas, foi o compromisso cognitivo, o qual se encontra associado sobretudo a lesões cerebrais, onde se incluem as LCA. Importa referir que a maioria das disfunções cognitivas pode estar associada a uma grande diversidade de comportamentos, entre os quais estados confusionais agudos, onde a pessoa é incapaz de compreender a sua situação atual (Hoeman, 2011). Desta forma, para uma avaliação precisa do risco associado a estes estados confusionais, foi utilizada a Rancho Los Amigos Levels of Cognitive Function Scale (LCFS), por ser eficaz na diferenciação dos níveis de funcionamento cognitivo, com alusão aos estados confusionais nos níveis IV (confuso e agitado), V (confuso e inapropriado) e VI (confuso e apropriado).

Uma vez identificado o estado confusional do doente, foram adotadas as medidas necessárias como orientação no espaço e tempo, elevação das grades da cama, contenção física e química principalmente no período noturno, informação às visitas, gestão do ambiente, entre outros. O objetivo no doente agitado, primariamente consiste em diminuir a agitação, enquanto que no caso do doente

confuso e apropriado é possível fornecer informação para despoletar uma resposta intencional.

A LCFS foi o instrumento de avaliação determinado como sendo o mais adequado a estes casos, tendo em conta a capacidade de progressão na sua utilização durante a recuperação do doente, consoante os estados cognitivos. Esta mostrou-se conveniente por ser abrangente, invalidando a necessidade de recorrer a outros instrumentos mais específicos. A sua fácil e rápida aplicação foi outro dos motivos que levou à sua seleção.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação são esperados com maior qualidade, tendo em conta a sua especificidade. É deveras importante assegurar essa qualidade, gerindo na equipa as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, privacidade ou a dignidade do cliente (OE, 2010a). A demonstração da utilização deste instrumento foi indispensável para atingir esse objetivo.

Com este conjunto de intervenções considero ter desenvolvido uma prática profissional e ética, reconhecendo a necessidade de prevenir e identificar práticas de risco, atuando conforme a informação recolhida e demonstrando conhecimento e sobre a designação de ambiente seguro para os utentes. Para além disso houve colaboração com a restante equipa multiprofissional em termos de assessoria neste âmbito, otimizando o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão (OE, 2010a).

Para que estas atividades se tornassem possíveis, foi essencial fortalecer o auto-conhecimento no que respeita a instrumentos de trabalho para avaliação de estados confusionais, especificamente a LCFS, tornando possível uma prática baseada na evidência. Este termo deve ser incorporada no dia-a-dia do EEER, não apenas de forma académica. É fundamental estabelecer uma prática “(...) coerente, segura e organizada (...) com previsível garantia dos melhores resultados e otimizando os recursos disponíveis (...)” (Pereira, Cardoso e Martins, 2012).

Relembrando que também a privacidade e dignidade das pessoas é um item deste objetivo, importa referir uma situação que causou algum desconforto. Uma das reuniões matinais neste serviço tem lugar num espaço reduzido, sem limitações físicas que separem da restante unidade, onde existe um ecrã que se encontra interligado com o computador e permite visualizar os MCDT (meios complementares de diagnóstico) em conjunto, com outro rigor, quer sejam Tomografias

computorizadas (TC), ressonâncias magnéticas (RMN), radiografias (RX), Ecodoppler ou angiografias. Ora, a comunicação é parte integrante da nossa prática, e deve ser medida em prol do doentes. É necessária especial atenção para não permitir que dados mais sensíveis sejam obtidos por outras pessoas, resguardando o direito à privacidade de cada um.

Em termos físicos compreende-se que o serviço não tenha espaços comuns para partilha entre os profissionais, ainda que haja um esforço por parte de todos para minimizar este aspeto, continua a ser problemático. Dito isto, é um espaço de partilha com imensos benefícios. É completamente diferente ver uma imagem contextualizada como o fazem nestas reuniões, com ajuda de todos (neurologista, médico de medicina interna e neurorradiologista), de visualizar no computador e tentar interpretar autonomamente. Claramente que conseguir contextualizar a imagem é meio caminho andado, como se costuma dizer. É necessário treino para associar as lesões aos resultados dos MCDT e à clínica que o doente apresenta.

De uma forma geral, através de outros exemplos ao longo deste capítulo, é possível depreender o desenvolvimento deste objetivo, quer seja pelas formações executadas a outros profissionais, pelas decisões tomadas em conjunto com os pares ou pela utilização adequada dos instrumentos de avaliação ou técnicas de reabilitação.

Por fim, resta **analisar o processo de aprendizagem realizado durante a fase de execução do projeto desenvolvido.**

Este objetivo culmina no término do relatório, pelo que faz sentido abordá-lo em último. Contudo, teve início no primeiro estágio, recorrendo à prática reflexiva através da realização de jornais de aprendizagem.

O jornal de aprendizagem surge como ferramenta de trabalho para atingir as competências desejadas. Como refere Fernandes (2001) citado por Silva e Silva (s.d.), esta método pedagógico, que assenta numa reflexão crítica sobre experiências vivenciadas no contexto de estágio, traduz-se numa forma de interpretar as ações realizadas e considerar a sua aplicação em diferentes contextos,

bem como reformular a ação tomada ou tomar consciência se terá sido, de facto, a melhor atitude na altura em que a mesma foi desenvolvida.

Para além deste, a realização de reuniões de orientação com a professora orientadora foram igualmente indispensáveis. O início é considerado sempre o mais difícil, pelo que foi sugerido guiar-me pelas atividades definidas no projeto de estágio, de modo a facilitar o seu cumprimento. De facto foi uma metodologia facilitadora, que possibilitou uma ordem de trabalhos devidamente sequenciada.

Ainda relativamente aos jornais de aprendizagem, foram sem dúvida uma ferramenta indispensável na medida em que possibilitaram manter presentes as situações experienciadas quer na comunidade, quer em contexto hospitalar, facilitando desta forma a sua análise reflexiva e mobilização no presente relatório. O fato de ter conseguido retirar notas diariamente foi bastante eficaz.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se neste capítulo a realização do projeto de estágio e de que forma o mesmo contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados, pelo que se segue uma análise dos resultados obtidos, consequentes deste processo.

Uma vez que o âmbito do projeto compreende o processo de aprendizagem na reabilitação cognitiva da pessoa com LCA, é indispensável uma avaliação cognitiva. No entanto, antes de uma avaliação cognitiva, faz sentido realizar uma avaliação neurológica global, com vista a perceber as capacidades e potencialidades do indivíduo. Conforme já foi mencionado, os instrumentos de medida para a avaliação cognitiva implicam uma série de domínios que são interdependentes, como a memória, atenção e funções executivas. Deste modo, foi efetuada a avaliação neurológica recorrendo principalmente à escala NIHSS, por ser a mais difundida e utilizada neste contexto, compreendida e validada entre os profissionais, para além de integrar os protocolos de um dos serviços onde foi aplicado o projeto. É interessante constatar que, apesar de ser cumprida a avaliação com base em parâmetros bem definidos, esta pode variar consoante o avaliador. O score atribuído ao mesmo doente, por observadores diferentes, com avaliações seriadas, pode diferir significativamente, tendo em conta várias condicionantes. Das diversas experiências neste assunto, retiro que é imprescindível realizar uma avaliação neurológica com o mínimo de estímulos externos, fomentando um ambiente calmo e sem distrações, com a atenção necessária na tarefa. É mais fácil do que parece dar indicações (principalmente através de linguagem não verbal) sobre as respostas pretendidas. Posteriormente, opto por descrever na minha avaliação muitos dos parâmetros destes instrumentos de avaliação, para que não haja dúvidas na continuidade dos cuidados. Julgo ser uma estratégia um pouco mais morosa mas eficiente, e pesando prós e contras, considero ter tido sucesso com a mesma. Esta conclusão foi partilhada com alguns dos profissionais. Como já foi referido anteriormente, despertar a consciência para estas dificuldades é deveras tão importante quanto vantajoso. A continuidade dos cuidados deve ser respeitada, requisitando todos os esforços para que tal seja possível. Nesta envolvente clínica,

onde a comunicação é essencial, há que conseguir prever e ultrapassar os obstáculos subjacentes.

Ainda numa fase inicial da implementação do projeto, foi essencial alcançar a seguinte ilação. Ainda que duas pessoas possam sustentar uma lesão vascular cerebral afeta ao mesmo local, podem experienciar sintomas diferentes. Por exemplo, a circulação colateral do sujeito A pode compensar a lesão sofrida, ao passo que a do sujeito B pode não ser suficiente. Da mesma forma, quando se trata de reabilitação cognitiva, existem inúmeros fatores que contribuem para o sucesso da mesma, o que significa que a mesma lesão em pessoas diferentes, representa processos de recuperação distintos. Não poderia ser mais relevante a individualidade dos cuidados neste campo. Mais uma vez, a tomada de consciência deste fato foi imprescindível para o desenvolvimento das competências subjacentes ao EEER.

Posto isto, aquando a avaliação neurológica de algumas pessoas surgiu uma questão inesperada sobre a reabilitação cognitiva, de extrema importância na aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências no âmbito do projeto. As alterações da linguagem dos indivíduos com LCA não tinham sido contempladas no planeamento do projeto, requerendo alguma investigação para conseguir prosseguir com o mesmo. Desta pesquisa sobressaíram dois estudos, um cujo tema consiste na avaliação de capacidades cognitivas não-verbais na afasia de etiologia vascular. Para além de ser o mais recente, tem em consideração a realidade portuguesa, sendo o mais pertinente. Foi bastante interessante, mas igualmente perturbador, reconhecer que 1/3 das pessoas com afasia não são incluídas nos estudos de declínio cognitivo pelo sintoma que apresentam. No entanto, este fato explica perfeitamente o motivo pelo qual é tão difícil avaliar a função cognitiva de indivíduos neste contexto.

A verdade é que os instrumentos de medida não se encontram adaptados a esta realidade, pois dependem do processamento verbal, sendo imperativo criar condições para maximizar a funcionalidade destas pessoas, com uma limitação que pode ser bastante grave e severamente incapacitante. A intervenção do EEER consiste precisamente em promover o diagnóstico precoce, por forma a melhorar ou recuperar as funções alteradas, minimizando o impacto das incapacidades estabelecidas (OE, 2010b). No entanto para realizar o diagnóstico de enfermagem

são necessárias as ferramentas adequadas. Ora, não existindo os recursos apropriados para a tarefa, compete aos EEER desenvolvê-los, para que consigam executar devidamente as suas atividades. Face ao tempo e objetivos do ensino clínico, bem como o âmbito do projeto, seria inviável tentar validar um instrumento de medida ou adaptá-lo, pelo que se optou por realizar um diagrama de avaliação consoante as escalas disponíveis para a população portuguesa, conforme os défices neurológicos exibidos por cada um. Em algumas ocasiões foram aplicadas essas mesmas escalas por forma a perceber até onde o doente com afasia conseguia chegar, que pontuação conseguia atingir, ainda que não fosse válido esse resultado. Havia sempre alguns campos que conseguiam ser corretamente preenchidos, dependendo do tipo e grau de afasia. No final, esta investigação culminou na apresentação já referida aos profissionais do serviço onde a mesma teve lugar, desempenhando desta forma um papel dinamizador no seio da equipa, tendo em consideração uma prática cada vez mais comum quanto a avaliação neurológica e cognitiva dos doentes com afasia.

Muitas vezes, o melhor que o EEER pode fazer, na procura da melhoria dos cuidados, é sensibilizar os restantes profissionais para uma prática de excelência. Esta questão foi desenvolvida no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação em 2017, com um poster alusivo ao tema, onde o propósito seria compreender e dar a conhecer as atuais dificuldades referentes à acessibilidade e equidade em cuidados de saúde, especificamente de reabilitação cognitiva em pessoas com LCA, alertando os profissionais para esta problemática. Desta análise importa ressaltar que grande parte dos estudos apontam a reabilitação cognitiva como um serviço utilizado por uma minoria. Não são todos consensuais, uns apresentam uns motivos mais específicos que outros, apenas alguns se enquadram com a nossa realidade, e todos mencionam pelo menos uma estratégia a adotar para contrariar esta posição. A principal conclusão que parece influenciar a prática dos enfermeiros, é que esta tendência pode ser contrariada se os profissionais de saúde conseguirem encaminhar corretamente os doentes, por subsistir muito desconhecimento na área. É essencial interceder junto destas pessoas encaminhando-as para profissionais especializados, como neuropsicólogos, principalmente por não serem tão acompanhados em ambulatório como em regime

de internamento. Mais uma vez, a multidisciplinariedade é fundamental na abordagem do déficit cognitivo.

Na sequência da reflexão anterior, para poder praticar e partilhar os melhores cuidados, o EEER deve conseguir fundamentá-los propriamente. Desta forma compreende-se a importância das formações frequentadas em contexto de estágio. Foram ao todo cinco formações, duas delas sobre técnicas de imagem no AVC, uma intitulada de “Edema cerebral e hidrocefalia – complicações no AVC”, uma quarta com o tema: “A pessoa com AVC” e, por último, o congresso internacional de enfermagem de reabilitação atendido. Dentro da multiplicidade de temas palestrados, houve de fato menção à reabilitação cognitiva por parte de uma neuropsicóloga, que inclusive exerce no centro hospitalar da UCV citada neste relatório. Curiosamente, foi a própria que alertou muitos dos profissionais que no âmbito das suas funções, se pode deslocar aos serviços para avaliar / trabalhar com doentes / familiares, sublinhando a influência da referenciação pós-alta na continuidade de cuidados. Foi bastante interessante ouvir o ponto de vista de outro profissional de saúde que não é da enfermagem, mas da mesma área de estudo. No final, acabou por funcionar até como reforço positivo sobre o trabalho que já tinha iniciado na UCV, corroborando as minhas perspetivas e ações levadas a cabo.

As neurociências são transversais a várias áreas científicas, e a sua compreensão implica entendimento sobre organização e funcionamento do sistema nervoso, processos cognitivos e emocionais, comportamentais, incluindo interpretação de meios complementares de diagnóstico, como imagiológicos, e também farmacologia. Ainda que as bases do conhecimento se mantenham, são descobertas novas formas de interação e resposta constantemente, dada a sua natureza evolutiva. Tendo em consideração esta abordagem integrativa, conforme já foi exposto, há a necessidade constante de manter o conhecimento atualizado.

Todas as formações presenciadas foram produtivas, permitindo consolidar conhecimentos, mas também adquirir novos, facilitando a implementação das atividades planeadas no projeto, desenvolvendo assim as competências do EE e do EEER, especificamente no que respeita ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que inclui o desenvolvimento do auto-conhecimento e assertividade, bem como o desenvolvimento de uma práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.



Considerando o projeto de estágio, foram definidas inicialmente algumas atividades que se enquadravam claramente nos objetivos. No entanto houve maior dificuldade principalmente na realização de ações educativas ao doente/família sobre técnicas de fortalecimento da musculatura pélvica, treino vesical/intestinal ou treino de hábitos. O desenvolvimento de cuidados em enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações da eliminação foi executado principalmente através da RFM, possibilitando ao doente que, previamente autónomo, se via numa situação de dependência, retornar os seus hábitos deslocando-se naturalmente ao wc. Foi ainda reforçada a pesquisa nesta área para colmatar a escassez de intervenção.

Note-se que foram utilizados apenas alguns instrumentos de avaliação, considerando a sua validade para a população portuguesa e a sua utilidade no contexto de enfermagem de reabilitação. Apesar de não terem sido utilizados outros instrumentos mencionados no projeto, foram devidamente justificado o uso dos restantes.

Tendo evidenciado os resultados mais relevantes obtidos através da aplicação do projeto, resta salientar as oportunidades que surgiram e permitiram incrementar as atividades organizadas, como as formações que se apresentaram, claramente não planeadas, mas aproveitadas em toda a sua plenitude. No entanto, o que considero ter sido a maior oportunidade de todas, que mais me motivou e possibilitou ir mais além, foi a investigação sobre a influência das alterações da linguagem na reabilitação cognitiva da pessoa com LCA. Considerado como um obstáculo inicialmente, demonstrou-se uma tarefa de enorme complexidade e especificidade, a qual não podia passar despercebida, tornando mais dirigida a tomada de decisão sobre o programa de reabilitação desses doentes.

Em todo este processo esteve inerente o quadro de referência de Meleis, sendo identificada maioritariamente a transição de saúde/doença. Aquando o planeamento das intervenções neste contexto, foram tidas em conta as propriedades de experiência de transição, como por exemplo: a consciencialização, que abrange a percepção e o reconhecimento da situação atual, apesar de grande parte das pessoas com défice cognitivo exibirem alterações da percepção, esta etapa inclui principalmente os familiares que não compreendem muitas vezes a situação de doença; o compromisso, que reflete o grau em que a pessoa demonstra o envolvimento no processo inerente à transição, sendo necessária a

consciencialização sobre o seu estado de saúde para ultrapassar esta etapa. É essencial que tanto a pessoa como a família estejam comprometidas com o programa de reabilitação para o seu sucesso; a mudança, sobretudo no que respeita à troca de papéis no seio da família, tendo em conta de que alguns dos doentes são mais jovens, com alguém à sua responsabilidade, carecem de cuidadores a partir desta altura; as diversidades, contando particularmente com a gestão de expectativas tanto da pessoa como da família; o intervalo de tempo, tendo em conta a referenciação, o encaminhamento e a continuidade dos cuidados, dado que a passagem pela unidade de AVC era de facto curta, esta etapa contou com recurso, por exemplo, às notas de enfermagem de reabilitação; por fim o ponto crítico da transição que seria praticamente transversal a todas as pessoas, o momento do diagnóstico de AVC ou da informação relativa ao prognóstico.

As condições das transições foram igualmente tidas em conta, considerando as circunstâncias dos acontecimentos, incluindo processos pessoais, fatores comunitários ou fatores sociais. A multiculturalidade foi uma realidade presente, com crenças a valorizar neste contexto, algumas vezes associada a status imigratórios subjacentes, o que só por si já agrava a preocupação dos envolvidos para além do seu estado de saúde/doença.

Segundo Meleis fazem parte ainda deste método os indicadores de processo e de resultados, os quais se notaram por exemplo através do desenvolvimento de uma relação de confiança com os profissionais, bem como na aquisição de conhecimentos e competências para os seus autocuidados ou simplesmente a compreensão e aceitação da sua condição. Muitas vezes o verdadeiro desafio das pessoas com LCA consiste exatamente em compreenderem o seu verdadeiro estado de saúde, levando posteriormente à capacidade de gerir novas situações de forma adequada. As intervenções de enfermagem, utilizadas no contexto mencionado, contaram essencialmente com educação para a saúde como forma de preparação para a transição.

O conceito de vulnerabilidade está muito implícito nestes casos, considerando as experiências de transições, interações e condições ambientais que expõem os indivíduos a eventuais danos, recuperações problemáticas ou morosas, ou atraso na capacidade de *coping* ou *coping* ineficaz, tendo este termo sido abordado com a maior cautela e com a devida importância.

## 4. CONCLUSÕES

Este percurso teve início com a elaboração de um projeto de estágio sobre o tema: Processo de aprendizagem na reabilitação cognitiva da pessoa com lesão cerebral adquirida. O mesmo emergiu de uma motivação pessoal e profissional, conforme já foi referido, como resposta a uma necessidade de aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências. A própria pesquisa bibliográfica e formação realizada na área das neurociências despertou este interesse, delineando o percurso formativo que culminou neste relatório. Desta forma, a reabilitação cognitiva foi o foco do plano de reabilitação concebido.

Por forma a dar continuidade ao projeto, o mesmo foi implementado na comunidade e numa unidade cerebrovascular.

Considerando a sua especificidade, importa referir que as competências inerentes ao processo de reabilitação cognitiva foram desenvolvidas predominantemente na UCV. Em contrapartida, as inerentes aos restantes processos foram mais desenvolvidas na UCC. Esta estratégia foi considerada como mais adequada, tendo em conta que os utentes da UCC não integravam os critérios de inclusão no projeto. Como já foi mencionado, esta podia ter sido vista como uma limitação inicialmente, no entanto, uma vez organizadas as atividades a executar, não se mostrou como tal. Esta possibilidade já teria sido considerada no planeamento, não se mostrando uma surpresa. O fato de estar preparada para tal foi facilitador, sendo que uma ordem de trabalhos tão complexa como foi este projeto pode tornar-se difícil, principalmente limitando o tempo da sua aplicação.

Conforme já foi igualmente mencionado ao longo do relatório, surgiu uma questão incontornável na procura do conhecimento sobre a pessoa com LCA e estratégias de reabilitação cognitiva. Contudo, este tema tornou a procura do saber mais estimulante, sobretudo tendo em conta que engloba uma perspetiva de avanço da enfermagem de reabilitação. Face ao exposto, note-se que este foi um dos pontos de maior contribuição para o desenvolvimento profissional, reconhecer e analisar esta oportunidade.

O fato de a UCV receber estudantes de reabilitação habitualmente é facilitador. Este tem metodologias muito próprias, com recursos bem estabelecidos, sendo

considerada uma unidade rica em experiências, com uma equipa muito dirigida à reabilitação. Contudo, posso afirmar que foi com êxito que conseguimos trabalhar em conjunto. Grande parte do tempo de estágio fomos as mesmas três estudantes que, apesar de termos diferentes orientadores, desempenhámos as nossas funções em simultâneo. Apesar das metodologias de ensino das instituições serem diferentes, os aportes teóricos são os mesmos, e foi muito interessante a confrontação e colaboração nesse aspeto. Foram várias as ocasiões em que aplicámos os nossos projetos e desenvolvemos as nossas competências com os mesmos doentes. Para além de notar uma cultura de respeito pelo momento de aprendizagem de cada pessoa, o fato de sermos de instituições diferentes e termos bases distintas suscitou a discussão, de uma forma produtiva. Poderia ter sido uma experiência considerada desfavorável, contudo, na minha ótica, conseguimos aproveitá-la partilhando experiências, tirando dúvidas e esclarecendo diferentes métodos de aplicação de conhecimentos, ou mesmo com reforço positivo entre nós. Concluindo, foi uma experiência única e bastante construtiva.

Qualquer um dos contextos foi rico em experiências, no entanto estava mais preparada para o meio hospitalar que comunitário. Lamento que durante o tempo de estágio não tenha conseguido avaliar ou trabalhar com nenhuma pessoa com LCA no seu domicílio, pois a meu ver seria de todo pertinente e um grande benefício.

Posto isto, faço um balanço positivo deste percurso através da análise reflexiva exposta neste relatório. As atividades planeadas foram devidamente executadas, à exceção de uma minoria, devidamente justificada, não influenciando o resultado final deste processo. Considero portanto alcançadas as competências preconizadas pela OE para o enfermeiro especialista, bem como para o EEER, que serão certamente aplicadas no próprio local de trabalho. Não é possível ser detentora de conhecimento e retê-lo propositadamente. Mesmo à medida que ia aprofundando os conhecimentos enquanto mestrande, foram notórias as alterações da prática diária, e não só na vertente cognitiva, mas em todos os aspetos possíveis de serem trabalhados pelo EEER.

Claramente que enquanto área de maior interesse, a reabilitação cognitiva é expressamente evidenciada. Atualmente está planeada uma formação aos profissionais do serviço onde exerço funções sobre reconhecer o défice cognitivo e comunicação eficaz com a pessoa com défice cognitivo. Apesar de ser um serviço

médico-cirúrgico, este recebe doentes essencialmente do foro da medicina interna, muitos deles do foro da neurologia. Considerando o espectro dos casos afetos à neurologia, os AVC estão presentes diariamente nesta realidade, indicando a relevância da área em questão.

Importa ainda apontar que, aquando a pesquisa inicial sobre a LCA, métodos de aprendizagem e treino cognitivo, surgiram alguns materiais que não puderam ser utilizados, por não se enquadrarem nos objetivos pretendidos ou por falta de oportunidade, mas devem ser mencionados como referência que são, como por exemplo a plataforma Cogweb. Enquanto sistema integrado para estimulação cognitiva intensiva, oferece informação e atividades para treino cognitivo, sobre as vertentes da memória, atenção, funções executivas, linguagem, cálculo, capacidades construtivas e raciocínio.

As tecnologias na área da reabilitação cognitiva estão a expandir-se, podendo ser muito úteis, se mais exploradas e bem aproveitadas. Esta plataforma tem o devido acompanhamento em Portugal, sendo mais um dos motivos que a torna tão interessante. Para além das atividades mencionadas prestam outro tipo de serviços como avaliações neuropsicológicas completas. Esta informação é de todo pertinente ser divulgada dada a dificuldade das pessoas com défice cognitivo em manterem um acompanhamento apropriado, conforme já foi relatado anteriormente, exposto no poster elaborado sobre obstáculos na acessibilidade à reabilitação cognitiva.

Como sugestão para projetos futuros, a área das tecnologias para treino cognitivo é uma boa aposta tendo em conta a sua capacidade promissora para alcançar bons resultados.

Entretanto, manter o conhecimento atualizado tornou-se um dever, já não é suficiente saber e saber fazer, o que faz a diferença é ir à procura, de encontro às necessidades encontradas, não resignar com o que nos é disposto. Integrar todas estas questões complexas, muitas vezes com implicações éticas e sociais às quais devemos estar despertos, tornou-se uma tarefa diária. Sempre foi uma questão presente, inerente ao papel assumido perante a sociedade (OE, 2015), no entanto quando tomamos consciência da responsabilidade que nos é incutida, parece que esta se torna mais pesada. Tanto o regulamento para as competências comuns do EE como para as competências específicas do EEER admitem um incremento de responsabilidade intrínseco ao acréscimo de competências.

Apesar de os objetivos e competências propostos terem sido atingidos, o aperfeiçoamento dos mesmos será mais desenvolvido com certeza na prática diária.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alderman, N. e Burgess, P. (2003). Assessment and rehabilitation of dysexecutive syndrome. In Greenwood, R.; Barnes, M.; McMillan, T.; Ward, C. *Handbook of neurological rehabilitation* (pp.387-402). 2ª edição. Nova York: Psychology Press.
- Alligood, M. (2018). *Nursing theorists and their work*. 9ª Edição. St Louis: Mosby-Elsevier.
- Almeida et al (2015). Impacto de um programa holístico de reabilitação neuropsicológica na qualidade de vida de pessoas com lesão cerebral adquirida. *Psychologia*, 58(2), 61-74. DOI: 10.14195/1647-8606\_58-2\_4
- Basford, J. e Malec, J. (2015). Brief Overview and Assessment of the Role and Benefits of Cognitive Rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(6), 977-80. DOI: 10.1016/j.apmr.2015.02.025
- Borges, A. (2010). *Reabilitação Neuropsicológica na Lesão Cerebral Adquirida: Estudo Exploratório do Impacto de um Programa Holístico na Atenção*. (Tese de Mestrado). Disponível no RCAAP.
- Boosman et al (2012). Exploring the relation between learning style and cognitive impairment in patients with acquired brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 22(1), 26-39. DOI: 10.1080/09602011.2011.632907
- Braga, R. (2017a). Avaliação da função deglutição In Marques-Vieira, C. e Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta.
- Braga, R. (2017b). Reeducação da deglutição In Marques-Vieira, C. e Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta.
- Buhl, I.; Pallesen, H. (2015). Early rehabilitation of patients with severe acquired brain injury: Strategies to promote participation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22(3), 181-195. DOI: 10.3109/11038128.2015.1008567
- Cappa S.; Benke T.; Clarke S.; Rossi B.; Stemmer B.; van Heugten C. (2011). Cognitive rehabilitation In Gilhus, N.; Barnes, M.; Brainin, M. *European Handbook of Neurological Management*. Vol.1, 2ª Edição, Oxford: Blackwell

Publishing Lda.

- Chung, C.; Pollock, A.; Campbell, T.; Durward, B.; Hagen, S. (2013). Cognitive Rehabilitation for Executive Dysfunction in Adults With Stroke or Other Adult Nonprogressive Acquired Brain Damage. *Cochrane Database Syst Rev*, 4(CD008391), 1-78. **DOI:** 10.1002/14651858.CD008391.pub2.
- Cicerone K.; Dahlberg C.; Kalmar K. (2000) Evidence-based cognitive rehabilitation: Recommendations for clinical practise. *Archive of Physiological Medical Rehabilitation*, 81(12), 1596–1615. **DOI:** 10.1053/apmr.2000.19240
- Cicerone K.; Dahlberg C.; Malec J. (2005) Evidence-based cognitive rehabilitation: Updated review of the literature from 1998 through 2002. *Archive of Physiological Medical Rehabilitation*, 86(8), 1681–1692. **DOI:** 10.1016/j.apmr.2005.03.024
- Cicerone *et al* (2011). Evidence-based cognitive rehabilitation: Updated review of the literature from 2003 through 2008. *Archive of Physiological Medical Rehabilitation*, 92(4): 519-30. **DOI:** 10.1016/j.apmr.2010.11.015
- Cohen, L. e Hallet, M. (2003). Neural plasticity and recovery of function. In Greenwood, R.; Barnes, M.; McMillan, T.; Ward, C. *Handbook of neurological rehabilitation* (pp.99-111). 2ª edição. Nova York: Psychology Press.
- Corbetta, M.; e Fitzpatrick, S. (2011). Taking a Cognitive Neuroscience Approach to Neuro-rehabilitation. *Neurorehabil Neural Repair*. 25(50), 3S–5S. **DOI:**10.1177/1545968311402092.
- Couillet J. *et al* (2010). Rehabilitation of divided attention after severe traumatic brain injury: A randomized trial. *Neuropsychological Rehabilitation*, 20(3), 321–339. **DOI:** 10.1080/09602010903467746
- Direção Geral de Saúde (2012). *Abordagem Terapêutica das Alterações Cognitivas*. Norma 053/2011.
- Ekman, P. (2003). *Emotions Revealed: Recognizing Faces and Feelings to Improve Communication and Emotional Life*. Times Books: New York.
- Elliot, M.; Parente, F. (2014). Efficacy of memory rehabilitation therapy: A meta-analysis of TBI and stroke cognitive rehabilitation literature. *Brain Injury*, 28(12), 1610-1616.
- Escoval, A.; Barbosa, P.; Bragança, F. (s.d.). *Transferência de cuidados hospitalares para os cuidados de saúde primários como contributo para a sustentabilidade*



- do SNS. Consultado a 21/11/2017, disponível em: <http://www.apdh.pt/sites/apdh.pt/files/Transferenciade%20cuidados.pdf>
- Faria, A.; Martins, M.; Schoeller, S.; Matos, L. (2017). Percurso da pessoa com acidente vascular encefálico: do evento à reabilitação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(3): 495-503. **DOI:** <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0579>
- Freitas, S.; Simões, M.; Martins, C.; Vilar, M.; e Santana, I. (2010). Estudo de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. *Avaliação psicológica*, 9(3), 345-357.
- Freitas, S.; Simões, M.; Santana, I. (2014). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Pontos de corte no Défice Cognitivo Ligeiro, Doença de Alzheimer, Demência Frontotemporal e Demência Vascular. *Sinapse*, 14(1), 18-30.
- Freire *et al* (2011). Cognitive rehabilitation following traumatic brain injury. *Dementia & neuropsychology*. 5(1): 17-25. **DOI:** 10.1590/S1980-57642011DN05010004
- Foy, C. (2015). Educational Attainment and Ability in Young Adults Following Acquired Brain Injury. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(2), 394-402. **DOI:** 10.1007/s10926-014-9549-y
- Geravolo, M. (2006). Cognitive rehabilitation of attention deficit after brain damage: from research to clinical practice. *Eura Medicophys*, 42(1), 49-51.
- Hallock *et al* (2016). Cognitive training for post-acute traumatic brain injury: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Human Neuroscience*. 10(537): 1-16. **DOI:** 10.3389/fnhum.2016.00537
- Hesbeen, W. (2003). A reabilitação. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2011) – *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, intervenção e Resultados Esperados*. Quarta edição, Loures: Lusodidacta. ISBN 9789898075314.
- Hydera, A.; Wunderlichb, C.; Puvanachandraa, P.; Gururajc, G.; Kobusingye, O. (2007). The impact of traumatic brain injuries: A global perspective. *Neurorehabilitation*, 22(5), 341-353.
- Johansson, B. (2011). Current trends in stroke rehabilitation. A review with focus on brain plasticity. *Acta neurologica scandinavica*, 123(3), 147-59. **DOI:** 10.1111/j.1600-0404.2010.01417.x

- Kamalakannan, S.; Gudlavalleti, A.; Murthy Gudlavalleti, V.; Goenka, S.; Kuper, H. (2015). Challenges in understanding the epidemiology of acquired brain injury in India. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 18(1), 66–70. **DOI:** <http://doi.org/10.4103/0972-2327.151047>
- Katz I.; Ashley J.; O'Shanick J.; Connors S. (2006). Cognitive rehabilitation: The evidence, funding and case for advocacy in brain injury. McLean, VA: *Brain Injury Association of America*.
- Kolb, B. e Gibb, R. (2010). Principles of neuroplasticity and behavior in Stuss, D.; Winocur, G.; e Robertson, I. *Cognitive Neurorehabilitation: Evidence and Application*. 2ª Edição, Cambridge University Press, UK.
- Laatsh, L.; e Stress, M. (2000). Neuropsychological change following individualized cognitive rehabilitation therapy. *NeuroRehabilitation*. 15(3), 189-197.
- Leão, M; Pereira, M; Almeida, R; Melo, S; Audi, W. (2015). Aprendizagem e metacognição do adulto: panorama de estudos e pesquisas. *Ciências&Cognição*. 20(1), 133-141.
- Liu, K.; Chan, C.; Lee, T.; Hui-Chan, C. (2004). Mental imagery for relearning of people after brain injury. *Brain Injury*. 18(11), 1163-1172. **DOI:**10.1080/02699050410001671883
- Livengood M.; Anderson J.; Schmitter-Edgecombe M. (2010) Assessment of memory self-awareness following traumatic brain injury. *Brain Injury*, 24(4): 598–608. **DOI:** 10.3109/02699051003652815
- Lundy-Ekman, L. (2008). *Neurociência: Fundamentos para a reabilitação*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Mar, J.; Arrospide, A.; Begiristain, J.; Larranaga, I.; Elosegui, E.; Oliva-Moreno, J. (2011). The impact of acquired brain damage in terms of epidemiology, economics and loss in quality of life. *BMC Neurology*, 11(46), 1-11. **DOI:** 10.1186/1471-2377-11-46
- Marik P. (2011). Pulmonary aspiration syndromes. *Current Opinion Pulmonary Medicine*, 17(3):148–154. **DOI:** 10.1097/MCP.0b013e32834397d6.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory, Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Michel J., Mateer C. (2006) Attention rehabilitation following stroke and traumatic brain injury: a review. *EURA Medicophys*, 42(1), 59-67.

- Ordem dos Enfermeiros (2018). Guia Orientador de Boa Prática – Reabilitação Respiratória. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). Áreas investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação. Porto: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2015c). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa.
- Pais, J.; Cruz, V.; e Nunes, B. (2008) Como funciona a memória. *In* Nunes, B. *Memória: Funcionamento, perturbações e treino*. Porto: Lidel.
- Park N.; Ingles J. (2001) Effectiveness of attention rehabilitation after acquired brain injury: A meta-analysis. *Neuropsychology*, 15(2), 199–210. **DOI:** 10.1037//0894-4105.15.2.199
- Pereira, R.; Cardoso, M.; e Martins, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*, III série, 7:55-62.
- Pina e Cunha *et al.* (2003). *Manual de comportamento organizacional e gestão*. Lisboa: RH editora.
- Powell, L.; Glang, A.; Ettel, D.; Todis, B.; Sohlberg, M.; Albin, R. (2012). Systematic instruction for individuals with acquired brain injury: Results of a randomized controlled trial. *Neuropsychological Rehabilitation*, 22(1), 85-112. **DOI:** 10.1080/09602011.2011.640466.
- Pinnington, L. e Ward, C. (2003). Learning and skill acquisition. *In* Greenwood, R.; Barnes, M.; McMillan, T.; Ward, C. *Handbook of neurological rehabilitation* (pp.131-142). 2ª edição. Nova York: Psychology Press.
- Rached et al. (2012). Síndrome do manguito rotador: reabilitação. *Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação*. 20(2): 96-105. **DOI:** 10.5935/0104-7795.20130016

- Raymont, V. e Grafman, J. (2006). Cognitive neural plasticity during learning and recovery from brain damage. *Progress in Brain Research*, 157(13), 199-206. **DOI:** 10.1016/S0079-6123(06)57013-X
- Rees *et al* (2007). Cognitive interventions post acquired brain injury. *Brain Injury*. 21(2), 161-200. **DOI:** 10.1080/02699050701201813
- Reis, A.; Petersson, K.; e Faísca, L. (2009). Neuroplasticidade: Os efeitos de aprendizagens específicas no cérebro humano. In C. Nunes, & S. Jesus (Eds.), *Temas actuais em Psicologia* (pp. 11-26). Faro: Universidade do Algarve.
- Rohling M, Faust M, Beverly B, Demakis G. (2009). Effectiveness of cognitive rehabilitation following acquired brain injury: A meta-analytic re-examination of Cicerone et al.'s (2000, 2005) systematic reviews. *Neuropsychology*, 23(1), 20–39. **DOI:** 10.1037/a0013659
- Royal College of Physicians and British Society of Rehabilitation Medicine (2003). *Rehabilitation following acquired brain injury: national clinical guidelines* Turner-Stokes L, ed. London: RCP, BSRM.
- Santos, M.; Sousa L. e Castro-Caldas A. (2003). Epidemiologia dos traumatismos crânio-encefálicos em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 16(2), 71- 76.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2013). Brain injury rehabilitation in adults. Edinburgh: SIGN. 130. Consultado a 19/05/2017. Disponível em: <http://www.sign.ac.uk>
- Shigaki, C.; Frey, S.; e Barrett, A. (2014). Rehabilitation of Poststroke Cognition. *Seminars in Neurology*, 34(5): 496–503. **DOI:**10.1055/s-0034-1396003.
- Silva, D.; Silva, E. (s.d.). *O Ensino clínico na formação em enfermagem*. Consultado a 8/11/2017, disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/445/1/Ensino%20cl%C3%ADnico.pdf>
- Skidmore, E. (2015). Training to optimize learning after traumatic brain injury. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*. 3(2): 99–105. **DOI:** 10.1007/s40141-015-0081-6.
- Smania N. *et al* (2011) Factors predicting functional and cognitive recovery following severe traumatic, anoxic, and cerebrovascular brain damage. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 28(2), 131-40. **DOI:**10.1097/HTR.0b013e31823c0127

- Sociedade de Lesão Cerebral (s.d.). Consultado a 12/06/2017. Disponível em: <http://braininjuriesociety.com/information/acquired-brain-injury/what-is-abl/>
- Marques-Vieira, C. e Sousa, L. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.145-158). Loures: Lusodidacta
- Sohlberg, M. e Mateer, C. (2008). *Reabilitação cognitiva: uma abordagem neuropsicológica integrada*. Brasil: Editora Santos.
- Stephens, J.; Williamson, K.; e Berryhill, M. (2015). Cognitive Rehabilitation After Traumatic Brain Injury: A Reference for Occupational Therapists. *OTJR: Occupation, Participation and Health*. 35(1): 5–22. DOI: 10.1177/1539449214561765
- Stringer, A. (2011). Ecologically-oriented neurorehabilitation of memory; robustness of outcome across diagnosis and severity. *Brain injury*, 25(2), 169–178. DOI: 10.3109/02699052.2010.541894
- Tate, R. (2010). *A Compendium of Tests, Scales and Questionnaires: The Practitioner's Guide to Measuring Outcomes After Acquired Brain Impairment*. New York: Psychology Press.
- Teassel R. et al (2007). A systematic review of rehabilitation of moderate to severe acquired brain injuries. *Brain Injury*, 21(2), 107–112. DOI: 10.1080/02699050701201524
- Tomey, A. e Alligood, M. (2004). *Nursing theorists and their work*. 5ª edição. St Louis: Mosby-Elsevier.
- Tsaousides, T.; e Gordon, W. (2009). Cognitive Rehabilitation Following Traumatic Brain Injury: Assessment to Treatment. *Mount Sinai journal of medicine*, 76(2):173–181. DOI: 10.1002/msj.20099
- Varanda, E.; e Rodrigues, C. (2017). Avaliação da pessoa com alterações da função cognitiva: avaliar para reeducar e readaptar. In Marques-Vieira, C. e Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta.
- Ventura, Maria M. (2012). *Estratégias de comunicação interna*. Dissertação de mestrado. Porto.
- Whyte, E.; Skidmore, E.; Aizenstein, H.; Ricker, J.; Butters, M. (2011). Cognitive impairment in acquired brain injury: a predictor of rehabilitation outcomes and

an opportunity for novel interventions. *PM&R*, 3(6 Suppl 1), S45-51. **DOI:** 10.1016/j.pmrj.2011.05.007.

Winstein *et al* (2016). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *AHA/ASA*, **DOI:** 10.1161/STR.0000000000000098

Wilson, B. e Clare L. (2003) Rehabilitation of memory disorders. In Greenwood, R.; Barnes, M.; McMillan, T.; Ward, C. *Handbook of neurological rehabilitation* (pp.377-385). 2ª edição. Nova York: Psychology Press.

World Health Organization (2006). Neurological disorders: public health challenges. WHO. 151-175.

Zabala, A.; e Arnau, L. (2010). *Como aprender e ensinar competências*. Porto Alegre: Artmed.

## **APÊNDICES**

---

## **APÊNDICE I: Projeto**

---



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem de  
Reabilitação

**Unidade Curricular de Opção II**

## **PROJETO DE ESTÁGIO**

Dulce Cristina Moreira Galhanas

Lisboa  
Julho de 2017


Unidade Curricular de Opção II

## **PROJETO DE ESTÁGIO**

Dulce Cristina Moreira Galhanas

Orientada pela Professora Doutora Vanda Marques Pinto

Lisboa  
Julho de 2017



## **Lista de abreviaturas e siglas**

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diárias

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

OE – Ordem dos Enfermeiros

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCV – Unidade Cerebrovascular

LCA – Lesão Cerebral Adquirida

LCT – Lesão Cerebral Traumática

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

## ÍNDICE

|   |     |
|---|-----|
| 1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO .....                               | 77  |
| 2. SUMÁRIO.....   | 79  |
| 3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....                                | 84  |
| 4. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS.....                             | 89  |
| 4.1. ATIVIDADES .....   | 91  |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....                                   | 93  |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....                                | 94  |
| APÊNDICES.....  | 98  |
| APÊNDICE I: Protocolo da revisão scoping .....                  | 99  |
| APÊNDICE II: Escalas de avaliação neurológica e cognitiva ..... | 103 |
| APÊNDICE III: Guia de entrevista à UCV.....                     | 105 |
| APÊNDICE IV: Planeamento de atividades.....                     | 107 |
| APÊNDICE V: Cronograma.....                                     | 116 |

# 1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

## 1.1. Título

Processo de aprendizagem na reabilitação cognitiva da pessoa com lesão cerebral adquirida

## 1.2. Palavras Chave

Reabilitação cognitiva; Reabilitação neurológica; Aprendizagem; Adulto; Lesão Cerebral adquirida; Enfermagem

## 1.3. Duração

Tem início em Março de 2017 até Fevereiro de 2018. Com uma duração na fase de planeamento de Maro 2017 até Julho do mesmo ano, e posteriormente na fase de execução de 18 semanas, entre Setembro 2017 e Fevereiro 2018.

## 1.4. Instituições Envolvidas

Segue-se uma breve descrição das instituições envolvidas neste projeto de estágio, onde o mesmo será desenvolvido na fase de execução. A Unidade de cuidados da comunidade [REDACTED] não será detalhada por ainda não ter sido realizada a visita ou reunião, sendo agendada para final do mês de Julho.

### 1.4.1. UCV [REDACTED]

A Unidade de AVC do Hospital [REDACTED], que pertence ao Centro Hospitalar [REDACTED], foi criada em 2003, sendo referenciada como Unidade CerebroVascular (UCV) funcionando em multidisciplinaridade com a Neurorradiologia de Intervenção, Neurocirurgia e Neurossonologia.

Para conhecer melhor o serviço e perceber se este era o mais adequado para desenvolver o meu projeto, realizei visita e reunião com a enfermeira chefe a 29/05/2017.

Na sua composição, enquanto unidade de cuidados intermédios, conta com 8 camas e possibilidade de 1 maca, 4 Enfermeiros no turno da Manhã, 3 no turno da

tarde e 2 no turno da noite. São 4 Enfermeiros de Reabilitação, um deles realiza todos os turnos, outro turnos da noite, e restantes principalmente manhãs e tardes.

O Serviço está ligado ainda à Via Verde AVC, onde pode ser possível seguir o percurso do doente desde a chegada ao SUG, passando pela imagiologia, diagnóstico e intervenção, até à chegada à UCV. Os Enfermeiros de Reabilitação prestam cuidados gerais, mas tendo em conta a forma como é realizada a gestão do serviço, prestam cuidados de reabilitação no seu dia-a-dia.

O tempo médio de estadia por pessoa é cerca de três dias, sendo o destino dos utentes muitas vezes o domicílio ou outros serviços de internamento.

No meu entendimento, é dada abertura para a participação do cuidador principal/família nos cuidados, todavia nos momentos de cuidados de reabilitação é privilegiada a relação EEER/utente.

## 2. SUMÁRIO

Este trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular de Opção II inserida no plano de estudos do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, em que foi proposta a realização de um Projeto de Estágio.

Com este projeto de estágio pretendo focar um objeto de estudo que seja pertinente, a nível pessoal e profissional, na categoria de futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), de modo a desenvolver as competências gerais e específicas inerentes ao 2º ciclo, onde se encontra incluída a aquisição de conhecimentos que é parte integrante desta primeira fase de planeamento.

Compreende-se ainda como propósito integrar os conceitos de Enfermagem Centrada na Pessoa e Cuidados Baseados na Evidência, tendo em conta que estes estão implícitos na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. A Ordem dos Enfermeiros (2015b) apresenta os indicadores referentes aos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, nos quais está incluída, a título de exemplo, a satisfação do cliente e a promoção da saúde, que obrigam o EEER, na procura permanente da excelência no exercício profissional, a ajudar os clientes a alcançarem os mais elevados níveis de satisfação e máximo potencial de saúde, indicadores estes que, na minha perspectiva, facilmente são superados se nos regermos pelos princípios inicialmente enunciados.

Após uma revisão da literatura, e atendendo às minhas características pessoais, decidi aprofundar o tema: Processo de aprendizagem na reabilitação cognitiva da pessoa com lesão cerebral adquirida. Esta escolha tem por base alguns pressupostos, como o facto de as intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função cognitiva serem uma das áreas de investigação prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros em 2015. Mas o interesse pela temática gerou-se primeiramente por questões de ordem interna, que por sua vez são reflexo da minha prática clínica.

Há cerca de dois anos que exerço funções num serviço médico-cirúrgico de adultos do Hospital Beatriz Ângelo, onde me deparo diariamente com pessoas com

este tipo de lesões, com grande probabilidade de ficarem com algum grau de incapacidade. O processo de reabilitação inicia-se efetivamente o mais precocemente possível, no entanto observo que é muito mais valorizada a função sensório-motora, ainda que grande parte destas pessoas apresentem alguma alteração a nível cognitivo. Por este motivo dou enfoque ao Processo de Aprendizagem como parte fundamental da reabilitação cognitiva, uma vez que a cognição desempenha um importante papel sobre a capacidade de aprender e reaprender. Mais acrescento, parece-me inconcebível realizar um plano de reabilitação com estes doentes sem abordar a função cognitiva, pois considero que de outro modo não conseguiria que os mesmos participassem neste processo de forma igualmente produtiva. Esta afirmação encontra-se de acordo com os autores Basford e Malec (2015), quando referem que qualquer atividade implica sempre componentes cognitivos. Concluindo, o fato de poder haver restrições na participação da pessoa, a nível cognitivo, pode condicionar o início ou a evolução do processo global de reabilitação, não devendo este ser desenvolvido sem a sua abordagem.

Numa pesquisa primária senti necessidade de definir os termos principais, o que levou a algumas alterações no título do trabalho até obter o que defendo atualmente, utilizando os termos em linguagem natural como reabilitação cognitiva, lesão neurológica e enfermagem.

Considero importante explicitar o conceito que adotei de Lesão Cerebral Adquirida (LCA), que é definido como dano cerebral que ocorre após o nascimento, não relacionado com doença congénita ou degenerativa, e que pode ser transitório ou permanente (Organização Mundial de Saúde, 1996 cit. por Sociedade de Lesão Cerebral, s.d. e SIGN, 2013). A LCA compreende lesões traumáticas (ex: traumatismos crânio-encefálicos), vasculares (ex: acidentes vasculares cerebrais), lesões hipóxicas, infeções (ex: meningite), situações de neurotoxicidade ou lesões metabólicas (ex: hipoglicemia), hidrocefalias e neoplasias cerebrais (Sociedade de Lesão Cerebral, s.d.; Sohlberg e Mateer, 2008; SIGN, 2013). Esta definição insere-se plenamente na minha ideia principal, que é analisar situações adquiridas, em que existe um processo de transição, optando por não especificar uma só patologia, mas restringindo ao mesmo tempo o número de situações com que me poderei deparar



na fase de execução deste projeto, focando-me principalmente em situação aguda e pós-aguda.

Santos, Sousa e Castro-Caldas (2003) apontam os Traumatismos Crânio-Encefálicos (TCE) e os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) como as primeiras causas de Lesão Cerebral Adquirida em Portugal. Estes dados são relevantes na medida em que limitam o leque de informação disponível.

Após ter finalizado esta pesquisa inicial selecionei as seguintes palavras-chave em linguagem natural: Reabilitação cognitiva, reabilitação neurológica, aprendizagem, adulto e lesão cerebral adquirida. Uma das palavras-chave que não consta nesta lista mas não pode deixar de ser mencionada é Enfermagem, contudo, quando cruzada com as restantes não gerou resultados, pelo que optei por não a utilizar, enquadrando posteriormente a disciplina e prática que é a enfermagem com as restantes áreas das neurociências nas quais me fundamentei.

Tendo em conta que a investigação na qual me baseei é principalmente do foro da psicologia e reabilitação relacionados com as neurociências, posso concluir que existe uma oportunidade para explorar a reabilitação cognitiva relacionada com a enfermagem de reabilitação.

A pesquisa foi limitada inicialmente às bases de dados MEDLINE e CINAHL e, posteriormente, Google académico, Pubmed e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).

Na pesquisa em MEDLINE e CINAHL parti dos termos indexados validados em CINAHL Headings e em Medical Subject Headings – MeSH, individualmente, que foram combinados de seguida através do operador booleano “AND”, resultando em 17 artigos na MEDLINE e 2 artigos na CINAHL. Após leitura dos títulos e aplicação de critérios de inclusão / exclusão, mantenho os 2 artigos da CINAHL e apenas 2 dos 17 artigos da MEDLINE. Após revisão detalhada de cada artigo mantenho os quatro, partindo para a pesquisa terciária, que consiste em verificar as referências bibliográficas dos ditos documentos, fiz uma seleção a partir dos títulos e abstracts, ficando com mais 12 artigos, idênticos aos artigos recolhidos a partir das outras bases de dados, o que só por si valida de certa forma a sua fiabilidade. A linha temporal estabelecida foi de 17 anos, a partir de 2000 porque, pelo que pude observar, artigos anteriores a essas datas não se enquadram de igual forma na

problemática delineada, sendo os artigos mais recentes uma revisão da bibliografia, mais atualizados e fundamentados em investigação também mais recente.

Analisando de forma mais detalhada os quatro principais artigos selecionados na MEDLINE e CINAHL, entre eles um estudo de caso, um artigo de revisão, uma revisão sistemática da literatura e uma meta-análise, formula-se uma síntese desta revisão do estado de arte. O protocolo desta revisão scoping pode ser consultado em apêndice I.

Sendo um dos grandes tópicos a reabilitação cognitiva, cada artigo refere uma fração importante desse processo, como alteração da atenção, memória, funções executivas e o próprio processo de aprendizagem.

A evidência reforça a neuroplasticidade como base da reabilitação neuropsicológica. De acordo com a mesma, o treino do processo atencional foi demonstrado como eficaz na fase pós-aguda de lesão cerebral.

As alterações de memória são igualmente identificadas como comuns neste tipo de doentes. Os estudos dizem que as estratégias na reabilitação da memória são eficazes, apesar de haver a possibilidade de ocorrer melhoria espontânea significativa na memória após lesão cerebral, podendo este processo ser acelerado pela intervenção terapêutica, especialmente em doentes com AVC e se o objetivo for melhorar a memória de trabalho especificamente.

Algumas das técnicas utilizadas foram a demonstração seguida de práticas repetitivas.

É estimado ainda que cerca de 75% das pessoas que sofreram AVC experienciem défice na memória de trabalho e, conseqüentemente, disfunção executiva. Estas pessoas têm maior dificuldade na aprendizagem de novas atividades. Este estudo refere ainda que o treino das funções executivas não pode ser independente, este inclui treino de memória e atenção. Um segundo trabalho corrobora esta premissa, mencionando que as capacidades adquiridas naquele contexto podem ser mantidas e generalizadas para outras tarefas, concluindo que o seu efeito depende provavelmente da melhoria na atenção, capacidade de planeamento e funções executivas.

Concluindo, os estudos frisam a necessidade de mais investigação nesta área por apresentarem alguns resultados inconclusivos. Todavia, importa realçar que as conclusões que apresentam não se contradizem, pelo contrário, complementam-se.

No que concerne à estrutura deste trabalho, segue-se o enquadramento conceptual do tema, que explicita um pouco da fisiopatologia, do impacto da LCA, do enquadramento do enfermeiro de reabilitação e do quadro de referencia teórico em que me baseio, que desde já apresento como sendo o de Afaf Meleis. Por último discrimino o plano de trabalho e métodos que tenciono desenvolver numa fase posterior, de execução do projeto, na unidade cerebrovascular do [REDACTED] e unidade de cuidados da comunidade [REDACTED].

### 3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O enfoque nas lesões cerebrais traumáticas e acidentes vasculares cerebrais tem fundamento, tendo em conta que estas são as formas mais prevalentes de LCA, das quais resultam défices cognitivos (Cicerone *et al*, 2000).

Os AVC são a segunda causa de morte mais comum a nível mundial, e terceira em países desenvolvidos, sendo ainda a maior causa de incapacidade a longo prazo em adultos. No caso dos TCE, 90% dos mesmos são considerados leves, e apenas 3-5% são considerados graves, sendo os restantes moderados, contudo, mesmo os de menor gravidade representam um problema comum de incapacidade. A nível europeu, a incidência de TCE é de 235/100.000 habitantes por ano, sendo a incidência anual de incapacidade pós TCE de aproximadamente 100/100.000 habitantes (WHO, 2006).

Mar *et al* (2011) realizaram um estudo em 2008, revelando que 44% dos doentes que sofreram lesão cerebral adquirida – traumática ou vascular – desenvolveram, em algum período da sua vida, algum nível de incapacidade. Para além disso, estimaram ainda que os cuidados associados a estes doentes são equivalentes a 10,4 – 11,7% do custo total com saúde pública.

Considerando estes dados, o nível de envolvimento económico é preocupante. Apesar disso, o Royal College of Physicians and British Society of Rehabilitation Medicine (2003) declara que, no que diz respeito a lesões cerebrais graves, os programas de reabilitação intensiva precoce mostram-se não só eficazes, mas economicamente viáveis.

É do conhecimento científico que as lesões cerebrais são comuns, originando muitas vezes disfunções cognitivas, com consequências significativas a longo prazo. Estas incluem alterações da memória, atenção, concentração, funções executivas, linguagem e percepção (SIGN, 2013). Ben-Yishay *et al*. (1985) citado por Borges (2010) acrescenta ainda que estas sequelas, no caso de lesões cerebrais moderadas ou graves, se sobrepõem em duração e gravidade às lesões físicas, o que leva a uma das questões que problematizam o tema deste trabalho.

Wilson e Clare (2003) concordam em parte, apontando as alterações de memória como sendo os défices cognitivos mais incapacitantes.

Está comprovado que alterações da atenção, memória e funções executivas podem afetar fortemente a vida das pessoas que sofreram lesão cerebral. Para além disso, estes fatores interagem de forma complexa, tornando difícil abordá-los individualmente (Sohlberg e Mateer, 2008). Implicitamente, a afeção de qualquer uma destas vertentes traduz-se numa maior dificuldade no processo de aprendizagem.

Como referência, importa saber que o processo de aprendizagem tem lugar em vários locais do sistema nervoso central, como o lobo temporal, hipocampo e restantes estruturas límbicas como a amígdala (Pinnington e Ward, 2003).

Os mecanismos que permitem identificar o potencial de recuperação neurológica após lesão cerebral são diversos. Neste sentido, este conceito é obrigatoriamente associado à neuroplasticidade, que representa a capacidade cerebral de alterar a sua estrutura e função (Sohlberg e Mateer, 2008).

Segundo Lundy-Ekman (2008, p.62-3), os investigadores acreditam que “os mecanismos responsáveis pela neuroplasticidade durante a aprendizagem estão também implicados na recuperação pós lesão cerebral”. Esta é uma das ideias chave que sustenta a pertinência do tema, realçando, mais uma vez, a congruência do processo de aprendizagem na reabilitação destes doentes.

Estes mecanismos, de uma forma estruturada, são: *Diaschisis*, isto é, perda de função de áreas remotas de uma área lesada mas com conexões intactas; reorganização funcional, que consiste na incorporação de circuitos neuronais diferentes ou remotos para que a função possa ocorrer; a modificação da conectividade sináptica, em que os neurónios não afetados desenvolvem novos dendritos; influências no circuito neuronal, onde alguns estímulos sensoriais podem aumentar a conectividade dos circuitos neuronais parcialmente afetados; e por fim, o impacto da competição inter-hemisférica, que traduz uma forma de lesão indireta, uma vez que o hemisfério afetado altera o equilíbrio do análogo (Sohlberg e Mateer, 2008).

Outros fatores que podem influenciar o processo de reabilitação são a distribuição (lesões focais ou difusas, onde importa a sua dimensão e localização), a gravidade, o tipo de patologia e a condição pré-existente de cada doente, pois podem originar diferentes resultados no processo de neuroplasticidade (Cohen e Hallet, 2003 e Sohlberg e Mateer, 2008).

A pertinência da reabilitação cognitiva é facilmente compreensível tendo em conta que esta é considerada como “(...) um dos fatores mais importantes que afetam a capacidade de uma pessoa participar na reabilitação, funcionar efetivamente no quotidiano e retornar à participação em atividades significativas (...)” (SIGN, 2013, p.20). Compreende-se por esta afirmação, corroborada por Tsaousides *et al* (2009) citados por Almeida *et al* (2015, p.64) que os défices cognitivos resultantes de LCA podem comprometer a capacidade da pessoa para “(...) desempenhar papéis sociais e vocacionais de forma bem-sucedida”. Esta questão deve ser evidentemente trabalhada em multidisciplinidade, com o objetivo de tornar os indivíduos mais funcionais e produtivos, promovendo a sua reintegração na sociedade e aumentando a sua qualidade de vida.

Desta forma, faz sentido que a família tenha igualmente um papel a desempenhar, sendo de extrema importância que a mesma seja incluída no processo de reabilitação. Este é muitas vezes complexo e difícil de suportar individualmente.

Cicerone *et al.* (2000) referem-se à reabilitação cognitiva como um processo sistemático e orientado para as atividades terapêuticas, com base numa correta avaliação dos défices neurológicos exibidos pelo doente, cujo objetivo principal é capacitar para uma maior funcionalidade.

Posto isto, importa relembrar que a reabilitação é uma especialidade multidisciplinar, na qual se insere o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). A Ordem dos Enfermeiros (2010b) enuncia que o seu exercício pretende “(...) melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa (...)”, desenvolvendo as capacidades das mesmas, interligando desta forma a enfermagem com as restantes especialidades que intervêm nesta área, de uma forma abrangente.

O foco deste estudo tem por base a assunção de que não é possível separar o processo de aprendizagem dos processos de cognição. Tendo esta afirmação em conta, é necessário clarificar que o primeiro compreende a aquisição de informações, habilidades e crenças, enquanto o segundo permite a organização e armazenamento dos conhecimentos obtidos, admitindo que os mesmos podem ser recordados e utilizados conscientemente (Leão, Pereira, Almeida, Melo e audi, 2015).

Reconhecendo que a reabilitação cognitiva tem como foco principal a educação (Sohlberg e Mateer, 2008), esta pode ser dividida em duas abordagens principais: a compensatória ou de restituição ou recuperação. A compensatória baseia-se numa forma de adaptação aos défices instalados, fornecendo estratégias com o objetivo de compensar esses défices, com vista a melhorar o funcionamento quotidiano. Por outro lado, a abordagem de restituição, como o próprio nome indica, tem como principal objetivo restituir a função perdida inicialmente (SIGN, 2013).

Segundo Pinnington e Ward (2003), os franceses equiparam re-educação à reabilitação, reconhecendo a importância da aprendizagem neste processo. Os mesmos autores sustentam a existência de quatro perspectivas de aprendizagem neste contexto: A não-dissociativa, que inclui processos comportamentais primitivos, como a habituação, sensibilização e *priming*; A associativa, que envolve a associação entre estímulos e posterior formação de novas conexões; A abordagem da memória como sistema fundamental, no que respeita ao armazenamento, processamento e reutilização de informação; por fim, a aquisição de habilidades ou capacidades novas, ou re-aquisição de outras previamente existentes.

Existem alguns princípios a serem tidos em conta no processo de reabilitação cognitiva do doente com lesão cerebral adquirida, como descrevem Sohlberg e Mateer (2008). Nestes incluem-se um bom descanso noturno, uma vez que dormir consolida as aprendizagens, e está comprovado que a privação de sono pode afetar a plasticidade cerebral e retardar a sua recuperação; Optar por períodos de intervenção breves e intermitentes também parece ser uma opção mais produtiva, pois a estimulação em demasia parece ter implicações no processamento eficaz da informação e consciencialização dos erros; Requerer atenção de forma faseada, gradual e sistemática é igualmente uma abordagem sensata, que garante o sucesso e estabilidade das capacidades adquiridas; e o reforço positivo, com foco nas respostas certas em detrimento das respostas erradas, é conhecido por aumentar a auto-estima e sensação de satisfação, podendo ainda a intervenção maximizar a probabilidade de resposta correta como estratégia.

Deve ainda ser tido como princípio uma avaliação neurológica rigorosa, como método essencial para delinear um programa de reabilitação, pois permite identificar as fraquezas e os pontos fortes, medir e monitorizar a evolução de cada um e avaliar a eficácia das intervenções concretizadas (Wilson e Clare, 2003; Tate, 2010;

Marques-Vieira e Sousa, 2016), tornando possível um planeamento que tem em conta as necessidades próprias de cada pessoa. Pela sua extensão, é apresentada em apêndice II uma tabela com os vários instrumentos de avaliação selecionados, entendidos como fundamentais nesta avaliação minuciosa da cognição.

Por fim, e dada a especificidade desta matéria, faz-me sentido abordá-la com base na teoria de médio alcance de Afaf Meleis – teoria das transições – como quadro de referência teórico. Considerando a lesão cerebral adquirida como um evento novo, em detrimento de uma condição degenerativa à qual o indivíduo se adapta gradualmente, o conceito “transição” aplica-se indubitavelmente.

Meleis (2010), defende este modelo como explicativo da necessidade de adaptação do indivíduo face a situações novas, sugerindo diferentes tipos de transições, incluindo de saúde/doença, como é o caso. Para além disso há que ter em conta ainda os padrões de transições, como a multiplicidade ou complexidade, as propriedades de experiências de transição, as condições da transição, os padrões de resposta e as intervenções terapêuticas de enfermagem. É considerado um processo complexo, que parte de alguns pressupostos como a vulnerabilidade, relacionada com as experiências, interações e condições que expõem os indivíduos a eventuais danos, e a mudança como parte integrante da transição.



## 4. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

Após uma análise detalhada da evidência acerca da problemática apresentada nos capítulos anteriores, surge a seguinte questão de pesquisa:

- Quais as intervenções do EEER no processo de aprendizagem da pessoa com lesão cerebral adquirida?

Contudo, inerente a esta questão principal emergem outras também pertinentes:

- Em que medida as alterações cognitivas interferem no processo de aprendizagem da pessoa com lesão cerebral adquirida?
- Em que medida as alterações cognitivas influenciam o processo de reabilitação sensório-motora da pessoa com lesão cerebral adquirida?

De forma a dar resposta a estas questões, foram definidos como objetivos gerais para este projeto os seguintes:

- Desenvolver competências de EEER na reabilitação cognitiva, focando o processo de aprendizagem da pessoa com lesão cerebral adquirida;
- Desenvolver competências de EEER na prestação de cuidados a pessoas com alterações aos níveis cardio-respiratório, sensorio-motor, da alimentação e eliminação

Resultante destes, seguem-se os objetivos específicos delineados que vão de encontro à operacionalização dos domínios das competências do enfermeiro especialista e das competências específicas do EEER, preconizadas pela Ordem que nos regula:

- Compreender a dinâmica dos locais de ensino clínico, integrando a equipa multidisciplinar de saúde;

- Aprofundar conhecimentos sobre o processo de reabilitação cognitiva, em doentes com lesão cerebral adquirida, como base para uma práxis clínica especializada;
- Desenvolver competências sobre a avaliação das funções cognitivas e reconhecer alterações que determinem limitações/incapacidades;
- Desenvolver cuidados em enfermagem de reabilitação que permitam recuperar ou compensar défices cognitivos estabelecidos;
- Desenvolver cuidados em enfermagem de reabilitação à pessoa, com alterações aos níveis cardio-respiratório, sensorio-motor, da alimentação e eliminação;
- Identificar e prevenir práticas de risco que possam comprometer a segurança, privacidade ou dignidade do doente;
- Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da reabilitação cognitiva precoce em doentes com lesão cerebral adquirida.
- Analisar processo de aprendizagem realizado durante fase de execução do projeto desenvolvido.

Para conhecer melhor as instituições envolvidas, foi proposta a realização de uma visita aos locais e entrevistas. Até à data apenas foi possível concluir esse procedimento com um dos locais, pelo que a concretização do último local não consta neste trabalho.

Uma das entidades selecionadas para a fase de operacionalização deste projeto foi a Unidade CerebroVascular (UCV) do Hospital [REDACTED], pertencente ao Centro Hospitalar [REDACTED]. Esta eleição prendeu-se com uma predisposição pessoal, em primeiro lugar, pois através de formações externas tive a oportunidade de conhecer o trabalho que realizam com os doentes neste serviço, a sua caracterização e os bons resultados que obtém deste esforço multidisciplinar. Para além disso é visto como um centro de referência na nossa área de influência.

Posto isto, acrescento ainda que o tipo de doentes que recorrem à UCV se enquadram na população que pretendo estudar. Apesar de ser um serviço que recebe principalmente lesões vasculares (considerado um dos tipos de lesão cerebral adquirida), não exclui outro tipo de hemorragias por exemplo. Ainda

considere um serviço de neurocirurgia, no entanto, da mesma forma que este recebe preferencialmente pessoas com lesões vasculares, o serviço de neurocirurgia recebe primeiramente pessoas com lesões traumáticas. Concluindo, correndo o risco de não poder estudar patologias diversificadas em contexto hospitalar, como as que incluo no meu referencial teórico, pretendo expandir esse leque em contexto comunitário. Ainda assim ressalvo que, como indicado nos capítulos anteriores, as lesões vasculares são tão prevalentes quanto as lesões traumáticas, sendo estas duas as principais lesões cerebrais adquiridas no nosso contexto e a nível europeu ou mundial.

O segundo local de estágio pondera-se que possa ser a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) [REDACTED]. A sua tipologia permite desenvolver os cuidados de reabilitação pretendidos, dando resposta a uma população alargada aos dois concelhos pertencentes. Para além disso é ainda uma preferência a nível geográfico.

Posto isto, realço o facto de ambas as unidades serem constituídas por, pelo menos quatro EEER, o que pesou bastante nesta decisão. Na UCC prestam exclusivamente cuidados de reabilitação, no entanto na UCV prestam igualmente cuidados gerais, contudo dada a organização do serviço, são-lhes disponibilizadas horas da prestação de cuidados para cuidados de reabilitação, que faz parte do seu dia-a-dia e da sua filosofia de cuidados.

Para orientar a entrevista à UCV foi realizado um guião que pode ser consultado no apêndice III.

## **4.1. ATIVIDADES**

A fase de operacionalização do projeto será compreendida entre 25/09/2017 e 09/02/2018, distribuída em dois períodos de 9 semanas. Tendo isto em conta foi realizado o planeamento das atividades que se prevê que deem resposta aos objetivos indicados, bem como um cronograma das mesmas, como estratégia para conseguir atingir os ditos objetivos no período de tempo estabelecido. Esta informação pode ser consultada em pormenor nos respetivos apêndices IV e V.

Assumindo que todas as atividades previstas têm subentendido o desenvolvimento de uma prática profissional assente no respeito pelos princípios

éticos fundamentais, conforme identificados no Código Deontológico e pelas preferências da população sujeita aos cuidados, a competência comum definida para o Enfermeiro Especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, é transversal a todas as atividades planeadas neste projeto.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho, enquanto projeto de formação, pressupõe a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências próprios da temática elegida, tendo esta como ponto de partida uma inquietação pessoal e profissional. Após o seu reconhecimento, surgiu a oportunidade de investigação sobre o tema, posterior análise crítica sobre a mesma e realização de um plano de atividades, a desenvolver numa fase subsequente de execução do projeto, na unidade cerebrovascular do H. [REDACTED] e unidade de cuidados da comunidade [REDACTED].

Para dar seguimento ao projeto com uma linha orientadora recorri à teoria das transições de Afaf Meleis por ser a que, a meu ver, se enquadra da melhor forma neste assunto. A própria definição de LCA aponta para uma modificação abrupta no processo saúde/doença, sendo esta uma das premissas da teórica supracitada.

Numa fase inicial foi efectuada uma revisão scoping como forma de dar resposta à questão que se coloca: Quais as intervenções do EEER no processo de aprendizagem da pessoa com lesão cerebral adquirida. Esta revisão do estado de arte foi certamente útil por ter permitido mapear os conceitos-chave subjacentes, bem como para esclarecer definições que ainda não se encontravam consolidadas. Os resultados desta pesquisa originaram um plano de ação com foco na reabilitação cognitiva na fase aguda de LCA mas também na fase sub-aguda com ênfase em programas específicos sobre alterações da atenção, memória e funções executivas.

A reabilitação cognitiva é considerada de grande importância e com o processo educativo como alicerce, utilizando como estratégias principais a restituição ou compensação de alterações identificadas e já mencionadas. Para concretizar este processo é fundamental uma avaliação rigorosa dos défices neurológicos/cognitivos, direcionando as intervenções adequadamente com o objetivo de capacitar para uma maior funcionalidade.

Tendo em conta o âmbito deste projeto, que suporta o valor de enfermagem de reabilitação, importa referir que a revisão levada a cabo proporciona uma nova oportunidade para desenvolver investigação nesta área, uma vez que a pesquisa executada proporcionou resultados noutras áreas das neurociências, sendo um ótimo ponto de partida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alderman, N. e Burgess, P. (2003). Assessment and rehabilitation of dysexecutive syndrome. In Greenwood, R.; Barnes, M.; McMillan, T.; Ward, C. *Handbook of neurological rehabilitation* (pp.387-402). 2ª edição. Nova York: Psychology Press.
- Almeida *et al* (2015). Impacto de um programa holístico de reabilitação neuropsicológica na qualidade de vida de pessoas com lesão cerebral adquirida. *Psychologia*, 58(2), 61-74. **DOI:** 10.14195/1647-8606\_58-2\_4
- Basford, J. e Malec, J. (2015). Brief Overview and Assessment of the Role and Benefits of Cognitive Rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(6), 977-80. **DOI:** 10.1016/j.apmr.2015.02.025
- Borges, A. (2010). *Reabilitação Neuropsicológica na Lesão Cerebral Adquirida: Estudo Exploratório do Impacto de um Programa Holístico na Atenção*. (Tese de Mestrado). Disponível no RCAAP.
- Cappa S.; Benke T.; Clarke S.; Rossi B.; Stemmer B.; van Heugten C. (2005). EFNS guidelines on cognitive rehabilitation: Report of an EFNS taskforce. *European Journal Neurology*, 12(9),665–680. **DOI:** 10.1111/j.1468-1331.2005.01330.x
- Chung, C.; Pollock, A.; Campbell, T.; Durward, B.; Hagen, S. (2013). Cognitive Rehabilitation for Executive Dysfunction in Adults With Stroke or Other Adult Nonprogressive Acquired Brain Damage. *Cochrane Database Syst Rev*, 4(CD008391), 1-78. **DOI:** 10.1002/14651858.CD008391.pub2.
- Cicerone K.; Dahlberg C.; Kalmar K. (2000) Evidence-based cognitive rehabilitation: Recommendations for clinical practise. *Archive of Physiological Medical Rehabilitation*, 81(12), 1596–1615. **DOI:** 10.1053/apmr.2000.19240
- Cicerone K.; Dahlberg C.; Malec J. (2005) Evidence-based cognitive rehabilitation: Updated review of the literature from 1998 through 2002. *Archive of Physiological Medical Rehabilitation*, 86(8), 1681–1692. **DOI:** 10.1016/j.apmr.2005.03.024
- Cohen, L. e Hallet, M. (2003). Neural plasticity and recovery of function. In Greenwood, R.; Barnes, M.; McMillan, T.; Ward, C. *Handbook of neurological rehabilitation* (pp.99-111). 2ª edição. Nova York: Psychology Press.

- Couillet J. *et al* (2010). Rehabilitation of divided attention after severe traumatic brain injury: A randomized trial. *Neuropsychological Rehabilitation*, 20(3), 321–339. **DOI:** 10.1080/09602010903467746
- Elliot, M.; Parente, F. (2014). Efficacy of memory rehabilitation therapy: A meta-analysis of TBI and stroke cognitive rehabilitation literature. *Brain Injury*, 28(12), 1610-1616.
- Geravolo, M. (2006). Cognitive rehabilitation of attention deficit after brain damage: from research to clinical practice. *Eura Medicophys*, 42(1), 49-51.
- Hydera, A.; Wunderlichb, C.; Puvanachandraa, P.; Gururajc, G.; Kobusingye, O. (2007). The impact of traumatic brain injuries: A global perspective. *Neurorehabilitation*, 22(5), 341-353.
- Kamalakannan, S.; Gudlavalleti, A.; Murthy Gudlavalleti, V.; Goenka, S.; Kuper, H. (2015). Challenges in understanding the epidemiology of acquired brain injury in India. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 18(1), 66–70. **DOI:** <http://doi.org/10.4103/0972-2327.151047>
- Katz I.; Ashley J.; O'Shanick J.; Connors S. (2006). Cognitive rehabilitation: The evidence, funding and case for advocacy in brain injury. McLean, VA: *Brain Injury Association of America*.
- Leão, M; Pereira, M; Almeida, R; Melo, S; Audi, W. (2015). Aprendizagem e metacognição do adulto: panorama de estudos e pesquisas. *Ciências&Cognição*, 20(1), 133-141.
- Liu, K.; Chan, C.; Lee, T.; Hui-Chan, C. (2004). Mental imagery for relearning of people after brain injury. *Brain Injury*, 18(11), 1163-1172. **DOI:**10.1080/02699050410001671883
- Livengood M.; Anderson J.; Schmitter-Edgecombe M. (2010) Assessment of memory self-awareness following traumatic brain injury. *Brain Injury*, 24(4), 598–608. **DOI:** 10.3109/02699051003652815
- Lundy-Ekman, L. (2008). *Neurociência: Fundamentos para a reabilitação*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Mar, J.; Arrospide, A.; Begiristain, J.; Larranaga, I.; Elosegui, E.; Oliva-Moreno, J. (2011). The impact of acquired brain damage in terms of epidemiology, economics and loss in quality of life. *BMC Neurology*, 11:46, 1-11. **DOI:** 10.1186/1471-2377-11-46

- Marques-Vieira, C. e Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory, Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Michel J., Mateer C. (2006) Attention rehabilitation following stroke and traumatic brain injury: a review. *EURA Medicophys*, 42(1), 59-67.
- Ordem dos Enfermeiros (2015a) Áreas investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação. Porto: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa.
- Park N.; Ingles J. (2001) Effectiveness of attention rehabilitation after acquired brain injury: A meta-analysis. *Neuropsychology*, 15(2), 199–210. **DOI:** 10.1037//0894-4105.15.2.199
- Pinnington, L. e Ward, C. (2003). Learning and skill acquisition. In Greenwood, R.; Barnes, M.; McMillan, T.; Ward, C. *Handbook of neurological rehabilitation* (pp.131-142). 2ª edição. Nova York: Psychology Press.
- Rohling M, Faust M, Beverly B, Demakis G. (2009). Effectiveness of cognitive rehabilitation following acquired brain injury: A meta-analytic re-examination of Cicerone et al.'s (2000, 2005) systematic reviews. *Neuropsychology*, 23(1), 20–39. **DOI:** 10.1037/a0013659
- Royal College of Physicians and British Society of Rehabilitation Medicine (2003). *Rehabilitation following acquired brain injury: national clinical guidelines* Turner-Stokes L, ed. London: RCP, BSRM.
- Santos, M.; Sousa L. e Castro-Caldas A. (2003). Epidemiologia dos traumatismos crânio-encefálicos em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 16(2), 71- 76.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2013). Brain injury rehabilitation in adults. Edinburgh: SIGN. 130. Consultado a 19/05/2017. Disponível em: <http://www.sign.ac.uk>



- Smania N. *et al* (2011) Factors predicting functional and cognitive recovery following severe traumatic, anoxic, and cerebrovascular brain damage. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 28(2), 131-40. **DOI:**10.1097/HTR.0b013e31823c0127
- Sociedade de Lesão Cerebral (s.d.). Consultado a 12/06/2017. Disponível em: <http://braininjurysociety.com/information/acquired-brain-injury/what-is-abl/>
- Sohlberg, M. e Mateer, C. (2008). *Reabilitação cognitiva: uma abordagem neuropsicológica integrada*. Brasil: Editora Santos.
- Stringer A. (2011). Ecologically-oriented neurorehabilitation of memory; robustness of outcome across diagnosis and severity. *Brain injury*, 25(2), 169–178. **DOI:** 10.3109/02699052.2010.541894
- Tate, R. (2010). *A Compendium of Tests, Scales and Questionnaires: The Practitioner's Guide to Measuring Outcomes After Acquired Brain Impairment*. New York: Psychology Press.
- Teassel R. *et al* (2007). A systematic review of rehabilitation of moderate to severe acquired brain injuries. *Brain Injury*, 21(2), 107–112. **DOI:** 10.1080/02699050701201524
- Wilson, B. e Clare L. (2003) Rehabilitation of memory disorders. In Greenwood, R.; Barnes, M.; McMillan, T.; Ward, C. *Handbook of neurological rehabilitation* (pp.377-385). 2ª edição. Nova York: Psychology Press.
- World Health Organization (2006). Neurological disorders: public health challenges. WHO. 151-175.

## **APÊNDICES**

---

## **APÊNDICE I: Protocolo da revisão scoping**

---

# Processo de aprendizagem na reabilitação cognitiva da pessoa com lesão cerebral adquirida: um protocolo de revisão scoping

Galhanas, Dulce<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Estudante no Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Unidade Curricular Opção II, Escola Superior Enfermagem Lisboa, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Vanda Marques-Pinto.

**Objetivo:** o objetivo desta revisão scoping é examinar e mapear o conhecimento existente sobre o processo de aprendizagem na reabilitação cognitiva da pessoa com lesão cerebral adquirida

## **Questões de investigação:**

Quais as intervenções do EEER no processo de aprendizagem da pessoa com lesão cerebral adquirida?

Em que medida as alterações cognitivas interferem no processo de aprendizagem da pessoa com lesão cerebral adquirida?

Em que medida as alterações cognitivas influenciam o processo de reabilitação sensório-motora da pessoa com lesão cerebral adquirida?

## **Palavras Chave**

Reabilitação cognitiva; Reabilitação neurológica; Aprendizagem; Adulto; Lesão Cerebral adquirida.

**Crítérios de inclusão** – estudos com foco em adulto e idoso, excluindo criança e jovem, independentemente do contexto. Apenas serão considerados estudos em inglês, espanhol ou português, com limite cronológico (2000-2017). Serão excluídos estudos sobre processos neurodegenerativos ou congénitos ou artigos em que o conceito principal não seja reabilitação cognitiva. Exclusão de artigos não acessíveis.

## **Estratégia de pesquisa:**

A estratégia de pesquisa definida tem como objetivo encontrar estudos já publicados e literatura cinzenta, tendo por base o protocolo de revisão scoping de *The Joanna Briggs Institute* (JBI), de forma a dar resposta às questões de investigação levantadas para esta revisão.

Será levada a cabo uma estratégia de pesquisa compreendendo três etapas. A pesquisa terá como base a mnemónica PCC, em que o “P” corresponde à população

da revisão, “C” aos conceitos da mesma e o segundo “C” ao contexto da revisão. Foram definidas as palavras-chave associadas a esta revisão em linguagem natural, nomeadamente: Reabilitação cognitiva; Reabilitação neurológica; Aprendizagem; Adulto; Lesão Cerebral adquirida.

A pesquisa inicial será limitada às bases de dados MEDLINE e CINAHL seguindo-se a análise das palavras de texto contidas no título e resumo, como também dos termos de indexação usados para descrever os artigos.

Será desenvolvida uma segunda pesquisa, compreendendo todas as bases de dados contempladas, que incluem MEDLINE e CINAHL, a partir dos termos indexados validados em CINAHL Headings e em Medical Subject Headings – MeSH, que foram combinados através dos operadores booleanos “AND” e “OR” (Apêndice I).

Em terceiro lugar, irá ser realizada a pesquisa terciária, que consiste em verificar as referências bibliográficas de todos os estudos incluídos de forma a acrescentar estudos adicionais.

Após finalizadas as várias etapas de pesquisa, os artigos identificados a partir da mesma serão então avaliados por relevância para a revisão, com base nas informações fornecidas no título e resumo. O artigo em full-text será obtido para todos os estudos que cumpram os critérios de inclusão da revisão, de forma à relevância do estudo ser validada em caso do resumo não ser esclarecedor. Com base nos artigos full-text, será analisado se os estudos estão de acordo com os critérios de inclusão. Por fim, os estudos identificados a partir da pesquisa terciária serão avaliados de acordo com o processo anteriormente enunciado.

Pode ser consultado em apêndice II o fluxograma da pesquisa efetuada.

### **Extração de Resultados**

A extração de resultados foi realizada com recurso a uma tabela de análise que pode ser consultada em apêndice III. Esta tabela, poderá ser alterada ou adaptada no decorrer da extração dos resultados, e permitirá evidenciar os resultados que sejam relevantes e dirigidos para dar resposta ao objetivo e às questões definidos para esta revisão.

## **Apresentação de Resultados**

A tabela supracitada no ponto de extração de resultados constitui já todos os elementos para a apresentação dos mesmos. Para além disso, o fluxograma apresentado também anteriormente exibe todo o processo de pesquisa realizado, demonstrativo das decisões tomadas.

## **Referências bibliográficas**

Joanna Briggs Institute (2015). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 Edition. Acedido em 20/05/2017. Disponível em: [http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual\\_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews\\_2015\\_v2.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf)

## **APÊNDICE II: Escalas de avaliação neurológica e cognitiva**

---

| <b>Instrumentos de avaliação</b>                                      | <b>Pertinência</b>   |
|---|--|
| <b>Glasgow Coma Scale</b>   | Avalia nível de consciência - resposta motora, verbal e ocular   |
| <b>Full Outline UnResponsiveness (FOUR Score)</b>                     | Avalia resposta ocular, motora, reflexos do tronco cerebral e respiração   |
| <b>Rancho Los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale (LCFS)</b> | Avalia consciência, audição, visão, tato, olfato, paladar, função motora, dor, comunicação e competência comportamental          |
| <b>Montreal Cognitive Assessment (MoCA)</b>                           | Avalia função executiva, capacidade visuo-espacial, memória, atenção, concentração e memória de trabalho, linguagem e orientação |
| <b>Executive Interview (EXIT25)</b>                                   | Avalia no total 25 domínios das funções executivas, como por exemplo fluência de palavras, comportamento automático,             |
| <b>Test of everyday attention</b>                                     | Avalia atenção seletiva, atenção sustentada e mudança de atenção relacionadas com atividades do quotidiano                       |
| <b>Moss Attention Rating Scale</b>                                    | Avalia comportamentos relacionados com a atenção em pessoas com lesão cerebral traumática  |
| <b>Wechsler Memory Scale – III</b>                                    | Avalia componentes verbais, visuais, perceptivos, memória de trabalho e habilidades de velocidade de processamento               |

Avaliação de confusão – pertinente para identificar e prevenir práticas de risco que possam comprometer a segurança, privacidade ou dignidade do doente

| <b>Instrumentos de avaliação</b>         | <b>Pertinência</b>   |
|--|--|
| <b>NeeChan Scale</b>                     | Avalia confusão aguda  |
| <b>Confusion Assessment method (CAM)</b> | Avalia nível de consciência, orientação, atenção, memória, agitação e alterações sono-reposo |



## **APÊNDICE III: Guia de entrevista à UCV**

---

**Caracterização do serviço**

- Constituição da equipa multidisciplinar
- Número de enfermeiros generalistas e especialistas em enfermagem de reabilitação
- Rácios enfermeiro/doente
- Espaço físico e recursos materiais
- Programas e parcerias

**População alvo**

- Patologias abordadas
- Tempo médio de estadia por pessoa
- Percentagem de altas e destinos

**Gestão dos cuidados de enfermagem de reabilitação**

- Articulação do EEER com outros serviços do hospital na admissão/transferência do doente
- Articulação do EEER com a equipa multidisciplinar/comunidade
- Autonomia do EEER
- Participação do cuidador principal/família nos cuidados / horário de visitas
- Metodologia de registos

**Projeto de Estágio**

- Informar sobre o meu projeto de estágio

## **APÊNDICE IV: Planeamento de atividades**

---

**Domínios e competências:**

A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção

B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro

D1.1. Detém uma consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.

D1.2. Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional.

| Objetivos específicos   | Atividades  | Indicadores  |
|---|---|--|
| 1. Compreender a dinâmica dos locais de ensino clínico, integrando a equipa multidisciplinar de saúde | 1.1. Realização de primeira reunião e visita à UCV e UCC;<br>1.2. Realização de entrevista aos respetivos enfermeiras(os) chefes e, se possível, enfermeiras(os) orientadores;<br>1.3. Consulta de documentos ou profissionais acerca da hierarquia e organigrama funcional dos serviços;<br>1.4. Observação em contexto clínico, da estrutura e funcionamento dos serviços e respetivas equipas multidisciplinares;<br>1.5. Observação do percurso dos doentes previamente ao seu ingresso na UCV e UCC;<br>1.6. Consulta de protocolos, manuais de procedimentos, normas de serviço ou outros documentos que sejam relevantes;<br>1.7. Análise da metodologia de registos de EEER utilizada em cada unidade, através da comparação entre registos de diferentes profissionais e confrontação com prática clínica;<br>1.8. Colaboração com a equipa multidisciplinar em ambos os serviços;<br>1.9. Participação nas reuniões de enfermagem e interdisciplinares. | 1.1.1. Ter realizado a reunião e visita aos serviços;<br>1.2.1. Ter realizado as entrevistas aos respetivos enfermeiras(os) chefes e/ou enfermeiras(os) orientadores;<br>1.3.1. Ter consultado documentos ou profissionais sobre a hierarquia e organigrama funcional dos serviços;<br>1.4.1. Ter observado a dinâmica de funcionamento dos serviços e equipas, projetos e atividades;<br>1.5.1. Ter observado o percurso dos doentes no âmbito dos cuidados de EEER;<br>1.6.1. Ter identificado e consultado os documentos relevantes para a prática dos cuidados de reabilitação;<br>1.7.1. Ter analisado registos de EEER praticados.<br>1.8.1. Ter colaborado com equipa de enfermagem na prestação de cuidados;<br>1.9.1. Ter participado nas reuniões de |

enfermagem e interdisciplinares.

**CrITÉRIOS de avaliação:** De que modo a visita e entrevista são adequadas para o alcance dos objetivos. De que modo a consulta de documentos contribuiu para atingir o objetivo. Em que medida a observação é a melhor técnica para atingir o objetivo e respetivas competências.

**Recursos:** Enfermeiras(os) orientadoras(es) do Ensino Clínico e restantes elementos da equipa multidisciplinar; protocolos, normas de serviço ou outros documentos institucionais.

**Locais:** UCV e UCC.

**Domínios e competências:**

A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção

A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro

C1.1 - Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão

D1- Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

| Objetivos específicos  | Atividades  | Indicadores   |
|--|---|---|
| 2. Aprofundar conhecimentos sobre o processo de reabilitação cognitiva, em doentes com lesão cerebral adquirida, como base para uma práxis clínica especializada | 2.1. Consulta de bibliografia pertinente e atualizada: livros, artigos, trabalhos académicos etc.;<br>2.2. Pesquisa bibliográfica na base de dados EBSCO;<br>2.3. Análise e construção de conhecimentos teóricos, técnicos e científicos sobre reabilitação cognitiva;<br>2.4. Análise e construção de conhecimentos acerca das lesões cerebrais adquiridas;<br>2.5. Análise e construção de conhecimentos teóricos acerca do processo de aprendizagem no adulto; | 2.1.1. Ter consultado bibliografia pertinente ao tema;<br>2.2.1. Ter pesquisado na base de dados EBSCO;<br>2.3.1. Ter analisado e construído conhecimentos teóricos, técnicos e científicos sobre reabilitação cognitiva;<br>2.4.1. Ter analisado e construído conhecimentos teóricos acerca das lesões cerebrais adquiridas;<br>2.5.1. Ter analisado e construído conhecimentos teóricos acerca do processo de aprendizagem no adulto. |

**CrITÉRIOS de avaliação:** De que modo a análise e construção de conhecimentos são adequados para o desenvolvimento das competências supracitadas. Em que medida a pesquisa bibliográfica e prática reflexiva contribuíram para o alcance do objetivo.

**Recursos:** Professor orientador da ESEL e Enfermeiras orientadoras do Ensino Clínico; computador com acesso à internet; Guidelines e manuais sobre

reabilitação cognitiva que constam nas referências bibliográficas deste documento.

**Locais:** Bibliotecas da ESEL; domicílio, UCV e UCC.

**Domínios e competências:**

C1.1 - Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão

D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades

| Objetivos específicos   | Atividades   | Indicadores   |
|---|--|---|
| 3. Desenvolver competências sobre a avaliação das funções cognitivas e reconhecer alterações que impliquem limitações/incapacidades | <p>3.1. Recolha de informações sobre os doentes previamente à seleção e aplicação dos instrumentos de avaliação, através de entrevista ao doente e consulta do seu processo clínico;</p> <p>3.2. Identificação dos instrumentos de avaliação adequados, consoante o contexto e a pessoa, através da confrontação entre conhecimento e prática (ex: Escala Rancho Los Amigos, Glasgow Coma Scale);</p> <p>3.3. Aplicação dos instrumentos de avaliação identificados corretamente, tendo em conta a individualidade de cada pessoa;</p> <p>3.4. Realização do exame neurológico completo;</p> <p>3.5. Identificação das necessidades de intervenção a partir dos resultados da aplicação dos instrumentos de avaliação (ex: défice de atenção, memória de trabalho, ou outros).</p> | <p>3.1.1. Ter recolhido informações sobre os doentes;</p> <p>3.2.1. Ter identificado os instrumentos de avaliação adequados;</p> <p>3.3.1. Ter aplicado os instrumentos de avaliação selecionados previamente;</p> <p>3.4.1. Ter realizado o exame neurológico aos doentes;</p> <p>3.5.1. Ter identificado as necessidades de intervenção a partir dos resultados de aplicação dos instrumentos de avaliação.</p> |

**Critérios de avaliação:** Em que medida a recolha de informações sobre os doentes influencia as restantes atividades. De que modo a seleção e aplicação dos instrumentos de avaliação contribuíram para o alcance do objetivo. De que modo o a identificação das necessidades de intervenção vai de encontro ao alcance das competências pretendidas.

**Recursos:** Equipa multidisciplinar; computador com acesso à internet; Guidelines e manuais sobre reabilitação cognitiva que constam nas referências bibliográficas deste documento; processos clínicos dos doentes; produtos de apoio.

**Locais:** UCV; UCC; Bibliotecas da ESEL e domicílio.

**Domínios e competências:**

A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;

B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;  
 B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro;  
 C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;  
 C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;  
 D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;  
 J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados;  
 J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;  
 J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

| Objetivos específicos  | Atividades  | Indicadores   |
|--|---|---|
| 4. Desenvolver cuidados em enfermagem de reabilitação que permitam recuperar ou compensar défices cognitivos estabelecidos | 4.1. Utilização dos resultados da avaliação cognitiva obtidos a partir das atividades anteriormente instituídas;<br>4.2. Elaboração de um plano de cuidados de reabilitação cognitiva no geral durante a fase aguda;<br>4.3. Elaboração de um plano de cuidados de reabilitação com foco na atenção após a fase aguda da lesão cerebral;<br>4.4. Elaboração de um plano de cuidados de reabilitação com foco na memória após a fase aguda da lesão cerebral;<br>4.5. Elaboração de um plano de cuidados de reabilitação com foco nas funções executivas após a fase aguda da lesão cerebral;<br>4.6. Definição de resultados esperados a atingir, facilitando posteriormente a avaliação das intervenções;<br>4.7. Implementação dos planos de cuidados desenvolvidos;<br>4.8. Promoção de acesso à informação sobre produtos de apoio como: blocos de notas, computador, etc.<br>4.9. Avaliação do impacto das intervenções implementadas e reformulação dos programas de intervenção de reabilitação de | 4.1.1. Ter utilizado os resultados da avaliação cognitiva obtidos a partir das atividades anteriormente instituídas;<br>4.2.1., 4.3.1., 4.4.1. e 4.5.1. Ter elaborado um plano de cuidados dirigido aos défices cognitivos identificados;<br>4.6.1. Ter definido resultados esperados a atingir;<br>4.7.1. Ter implementado os planos de cuidados desenvolvidos;<br>4.8.1. Ter promovido acesso à informação sobre produtos de apoio;<br>4.9.1. Ter avaliado o impacto das intervenções implementadas e reformulado os planos de cuidados de acordo com esses resultados;<br>4.10.1. Ter avaliado as necessidades formativas dos doentes e familiares;<br>4.11.1. Ter realizado, pelo menos, duas ações educativas dirigidas aos doentes/familiares |

acordo com os resultados esperados; consoante as necessidades identificadas.

4.10. Avaliação das necessidades formativas dos doentes e familiares sobre exercícios que possam realizar autonomamente para recuperar ou compensar défices cognitivos reconhecidos;

4.11. Realização de, pelo menos, duas ações educativas dirigidas aos doentes/familiares consoante as necessidades identificadas.

**Crítérios de avaliação:** De que modo a elaboração e implementação dos planos de cuidados permitiram atingir o objetivo e as competências definidas.

**Recursos:** Equipa multidisciplinar; doentes inseridos nos locais de EC; familiares e/ou cuidadores; Produtos de apoio disponíveis.

**Locais:** UCV, UCC e domicílio

**Domínios e competências:**

A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;  
 A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;  
 B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;  
 B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro;  
 C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;  
 C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;  
 D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;  
 J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados;  
 J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;  
 J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

| Objetivos específicos  | Atividades  | Indicadores   |
|--|---|---|
| 5. Desenvolver cuidados em enfermagem de reabilitação à pessoa, com alterações aos níveis cardio-respiratório, sensorio-motor, da alimentação e eliminação | <p>5.1. Avaliação da funcionalidade dos doentes com recurso a instrumentos de medida como escala de Barthel;</p> <p>5.2. Avaliação das funções: cardio-respiratória, sensorio-motora, alimentação, eliminação e sexualidade a, pelo menos, 2 doentes;</p> <p>5.3. Realização de técnicas de reeducação funcional respiratória e motora (RFR e RFM) a, pelo menos 2 doentes;</p> | <p>5.1.1. Ter avaliado a funcionalidade dos doentes;</p> <p>5.2.1. Ter avaliado as funções: cardio-respiratória, sensorio-motora, alimentação, eliminação e sexualidade a, pelo menos, 2 doentes;</p> <p>5.3.1. Ter realizado técnicas de reeducação funcional respiratória e motora a, pelo menos 2 doentes;</p> |



|   |   |
|---|---|
| 5.4. Realização de técnicas de promoção de deglutição segura a pelo menos um doente;  | 5.4.1. Ter realizado técnicas de promoção de deglutição segura a pelo menos um doente;              |
| 5.5. Realização de ações educativas ao doente/família sobre técnicas de fortalecimento da musculatura pélvica, treino vesical/intestinal ou treino de hábitos a, pelo menos, um doente; | 5.5.1. e 5.6.1. Ter realizado ações educativas sobre as funções alteradas a, pelo menos, um doente; |
| 5.6. Realização de ações educativas ao doente/família sobre técnicas de RFR, RFM ou deglutição segura a, pelo menos, um doente;   | 5.7.1. Ter promovido o acesso à informação sobre produtos de apoio;                                 |
| 5.7. Promoção de acesso à informação sobre produtos de apoio como: tripé, andador, Flutter® ou Acapella®, esponjas de cabo comprido, cadeiras de espaldar alto, entre outros.           | 5.8.1. Ter realizado a avaliação das intervenções realizadas e ajuste do plano de cuidados.         |
| 5.8. Avaliação das técnicas realizadas e ajuste do plano de intervenção.  |   |

**Critérios de avaliação:** De que modo a elaboração e implementação dos planos de cuidados permitiram atingir o objetivo e as competências definidas.

**Recursos:** Equipa multidisciplinar; doentes inseridos nos locais de EC; familiares e/ou cuidadores; Produtos de apoio disponíveis.

**Locais:** UCC, UCV e domicílio.

**Domínios e competências:**

A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;

B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro;

C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;

D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade.

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;

| Objetivos específicos  | Atividades   | Indicadores   |
|--|--|---|
| 6. Identificar e prevenir práticas de risco que possam comprometer a segurança, privacidade ou dignidade do doente | 6.1. Identificação de estados confusionais que possam comprometer a segurança do doente, através da utilização de instrumentos de medida e avaliação como: NeeChan Scale ou Confusion Assessment method (CAM); | 6.1.1. Ter identificado estados confusionais que possam comprometer a segurança do doente, através da utilização de instrumentos de medida e avaliação; |

|   |   |
|---|---|
| 6.2. Observação de dinâmicas familiares durante o período de visita na UCV ou no tempo de contacto na UCC;  | 6.2.1. Ter observado as dinâmicas familiares de, pelo menos, dois doentes;  |
| 6.3. Identificação de fatores de risco para infeções (associadas a cuidados de saúde ou da comunidade), úlceras por pressão ou quedas, com recurso a instrumentos de medida e avaliação como escala de morse e de braden; | 6.3.1. Ter identificado fatores de risco para infeções, úlceras por pressão ou quedas;  |
| 6.4. Registo e transmissão de informação pertinente sobre o doente à restante equipa multidisciplinar.  | 6.4.1. Ter registado e transmitido informação pertinente sobre o doente à restante equipa multidisciplinar.   |
| 6.5. Realização de ações educativas aos doentes e familiares com base na observação das suas dinâmicas, uma vez identificados fatores de risco que comprometam a segurança, privacidade ou dignidade do doente.           | 6.5.1. Ter realizado pelo menos uma ação educativa a doentes/familiares sobre prevenção de práticas de risco que comprometam a segurança, privacidade ou dignidade do doente. |

**Critérios de avaliação:** De que modo o registo e transmissão de informação pertinente à restante equipa multidisciplinar permitiram atingir o objetivo estabelecido.

**Recursos:** Doentes inseridos nos locais de EC; familiares e/ou cuidadores; Instrumentos de medida e avaliação; equipa multidisciplinar.

**Locais:** UCV e UCC

**Domínios e competências:**

B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro;

D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.

| Objetivos específicos  | Atividades   | Indicadores   |
|--|--|---|
| 7. Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da reabilitação cognitiva precoce em doentes com lesão cerebral adquirida | <p>7.1. Análise das necessidades formativas da equipa de enfermagem;</p> <p>7.2. Realização de, pelo menos, uma ação educativa aos profissionais que pretendam obter mais informações sobre o tema.</p> <p>7.3. Avaliação da formação realizada através de uma grelha elaborada para o efeito.</p> | <p>7.1.1. Ter analisado as necessidades formativas da equipa de enfermagem;</p> <p>7.2.1. Ter realizado, pelo menos, uma ação educativa aos profissionais;</p> <p>7.3.1. Ter realizado a avaliação da formação executada.</p> |

**Critérios de avaliação:** Em que medida a análise das necessidades formativas da equipa de enfermagem permitiu adequar a ação educativa. De que modo a(s) ação(ações) educativa(s) permitiram atingir o objetivo estabelecido.

**Recursos:** Inquéritos de necessidades formativas; Grelhas de avaliação do impacto das formações; Meios audiovisuais de suporte às sessões educativas e formações; Equipas multidisciplinares dos locais de ensino clínico; Professora orientadora; documentos de suporte sobre pedagogia e andragogia da Licenciatura em Enfermagem e curso frequentado com obtenção do certificado de competências pedagógicas (CCP).

**Locais:** UCV e UCC; domicílio; Bibliotecas ESEL.

**Domínios e competências:**

B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro;

D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;

D2. Baseia a sua prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

| Objetivos específicos  | Atividades   | Indicadores   |
|--|--|---|
| 8. Analisar processo de aprendizagem realizado durante fase de execução do projeto desenvolvido. | 8.1. Consolidação da aprendizagem recorrendo à prática reflexiva através da realização de, pelo menos, dois jornais de aprendizagem;<br>8.2. Realização de reuniões de orientação, semanalmente, com o enfermeiro orientador;<br>8.3. Realização de orientações tutoriais com a professora orientadora;<br>8.4. Realização do relatório de projeto de estágio. | 8.1.1. Ter consolidado a aprendizagem através da realização de, pelo menos, dois jornais de aprendizagem.<br>8.2.1. Ter realizado reuniões de orientação, semanalmente, com o enfermeiro orientador;<br>8.3.1. Ter realizado orientações tutoriais com a professora orientadora;<br>8.4.1. Ter realizado o relatório de projeto de estágio. |

**Critérios de avaliação:** De que modo a realização dos jornais de aprendizagem facilitou a aquisição das competências mencionadas. Em que medida a realização do relatório do projeto de estágio permitiu alcançar o objetivo delineado.

**Recursos:** Professora orientadora; enfermeiros orientadores e restante equipa multidisciplinar; doentes inseridos nos locais de EC; familiares e/ou cuidadores; computador pessoal;

**Locais:** Domicílio; UCV e UCC.

## **APÊNDICE V: Cronograma**

---

| Ano                   |                  | 2017    |         |          |          |         |          |          |          |         |                  |          |          |                   | 2018    |         |          |          |         |        |
|-----------------------|------------------|---------|---------|----------|----------|---------|----------|----------|----------|---------|------------------|----------|----------|-------------------|---------|---------|----------|----------|---------|--------|
| Mês                   | Set              | Outubro |         |          |          |         | Novembro |          |          |         | Dezembro         |          |          |                   | Janeiro |         |          |          |         | Fev    |
| Semana                | 4                | 1       | 2       | 3        | 4        | 5       | 1        | 2        | 3        | 4       | 1                | 2        | 3        | 4                 | 1       | 2       | 3        | 4        | 5       | 1      |
| Dias                  | 25<br>29         | 2<br>6  | 9<br>13 | 16<br>20 | 23<br>27 | 30<br>3 | 6<br>10  | 13<br>17 | 20<br>24 | 27<br>1 | 4<br>8           | 11<br>15 | 18<br>22 | 25<br>29          | 1<br>5  | 8<br>12 | 15<br>19 | 22<br>26 | 29<br>2 | 5<br>9 |
| Locais                | UCC - [REDACTED] |         |         |          |          |         |          |          |          |         | UCV - [REDACTED] |          |          | UCV – H. São José |         |         |          |          |         |        |
| Objetivos Específicos | 1                |         |         |          |          |         |          |          |          |         |                  |          |          |                   |         |         |          |          |         |        |
|                       | 2                |         |         |          |          |         |          |          |          |         |                  |          |          |                   |         |         |          |          |         |        |
|                       | 3                |         |         |          |          |         |          |          |          |         |                  |          |          |                   |         |         |          |          |         |        |
|                       | 4                |         |         |          |          |         |          |          |          |         |                  |          |          |                   |         |         |          |          |         |        |
|                       | 5                |         |         |          |          |         |          |          |          |         |                  |          |          |                   |         |         |          |          |         |        |
|                       | 6                |         |         |          |          |         |          |          |          |         |                  |          |          |                   |         |         |          |          |         |        |
|                       | 7                |         |         |          |          |         |          |          |          |         |                  |          |          |                   |         |         |          |          |         |        |
|                       | 8                |         |         |          |          |         |          |          |          |         |                  |          |          |                   |         |         |          |          |         |        |

Legenda:

|                                 |  |                               |  |
|---------------------------------|--|-------------------------------|--|
| 1 – primeiro objetivo a atingir |  | 5 – quinto objetivo a atingir |  |
| 2 – segundo objetivo a atingir  |  | 6 – sexto objetivo a atingir  |  |
| 3 – terceiro objetivo a atingir |  | 7 – sétimo objetivo a atingir |  |
| 4 – quarto objetivo a atingir   |  | 8 – oitavo objetivo a atingir |  |

As cores mais escuras enfatizam o período em que é esperado atingir o objetivo, não excluindo que as atividades inerentes podem continuar a ser desenvolvidas ao longo do restante período.

## **APÊNDICE II: Caracterização dos contextos de EC**

---

## Caracterização da UCC

O Concelho do [REDACTED], parte da Área Metropolitana de Lisboa, conta com uma população residente de 79042 indivíduos e uma densidade populacional de cerca de 2157 hab/Km<sup>2</sup>.

À semelhança do restante país, o índice de envelhecimento tem vindo a aumentar, neste concelho com um valor de 150%. Para além disso o índice de dependência de jovens encontra-se nos 22 % e o índice de dependência de idosos nos 33,4 %. Relativamente ao peso dos idosos com mais de setenta e cinco anos, comparativamente com restantes idosos, este valor situa-se nos 38 %. Estes dados estatísticos permitem concluir que o concelho está a tornar-se envelhecido, e significativamente dependente, o que requer uma abordagem adaptada e dirigida por parte dos profissionais de saúde.

Um dos dados mais preocupantes é a percentagem de idosos que residem sós, que é praticamente metade (49,5%), sujeitos ainda a situações de pobreza e exclusão, o que os torna um grupo de risco.

O desemprego é igualmente um fator perturbante, principalmente considerando que 80% destas pessoas se encontram no topo da sua capacidade ativa.

O nível de ensino da população [REDACTED] é considerado razoável. Contudo cerca de 38% destas pessoas não possuem nível de ensino ou têm apenas o 1.º ciclo do ensino básico completo.

A nível estrutural verificam-se ainda muitas dificuldades na acessibilidade a edifícios, como por exemplo a USF de Santo António da Charneca, que apresenta uma rampa com inclinação superior ao desejável e uma porta de entrada principal grande e pesada, difícil de manusear até para uma pessoa saudável. Também o acesso aos transportes públicos, é uma característica a melhorar, pois apesar de a rede de transportes ser considerada muito boa, não é adequada a pessoas com limitações de mobilidade.

Como reforço positivo, o [REDACTED] destaca-se por ter uma forte tradição associativa, contrariando desta forma a propensão ao isolamento, conforme supracitado. Para além disso possui múltiplos equipamentos úteis para a qualidade

de vida da população do [REDACTED], sejam eles culturais, sociais ou desportivos (podem ser consultados em apêndice “A”)

Os Cuidados Primários de Saúde são prestados á população pelas seguintes unidades:

Unidades Funcionais de Saúde: UCSP [REDACTED], USF [REDACTED], USF [REDACTED], USF [REDACTED], USF [REDACTED], USF [REDACTED], USP/CDP, URAP.

Os Cuidados de Saúde Secundários são assegurados por: Centro Hospitalar [REDACTED], EPE e Centro de Saúde Mental [REDACTED].

Atualmente a população inscrita no concelho do [REDACTED] são 91235 utentes.

#### Apêndice “A”

##### *Equipamentos Sociais:*

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED].

##### *Equipamentos Sociais:*

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]





*Equipamentos desportivos:*

Piscina Municipal [REDACTED]; Piscina [REDACTED] Pavilhão Municipal [REDACTED]  
[REDACTED]; Parque da Cidade, Pavilhões polidesportivos (21), Campos de jogos em  
escolas (3)

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), em vigor desde 2006, é constituída por um grupo de instituições que prestam um conjunto de cuidados, definidos como “o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente da avaliação conjunta, centrados na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”.

A coordenação desta rede a nível regional é assegurada por cinco equipas (ECR), que se articulam diretamente com as equipas coordenadoras locais (ECL), assegurando o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da Rede.

Uma das tipologias de instituições pertencentes à RNCCI é a Unidade de Cuidados da Comunidade (UCC), que tem por missão “(...) contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde concorrendo, assim e de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra”.

A equipa da UCC [REDACTED] é constituída por uma enfermeira de reabilitação, três de comunitária, duas de saúde materna, duas enfermeiras generalistas, uma assistente social, uma higienista oral, uma médica e uma administrativa. Para além destes profissionais, existe uma parceria com a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), onde se pode contar com a colaboração de outras valências como terapia da fala, medicina dentária, fisioterapia, psicologia e nutrição.

Esta instituição em particular detém vários programas e parcerias, um deles coordenado pela Enf.<sup>a</sup> [REDACTED] (enfermeira de reabilitação), que é a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECI), em funcionamento desde Novembro de 2009, vocacionada para a prestação de cuidados de saúde no domicílio. A meu ver importa esclarecer os critérios de referenciação para esta equipa, de modo a tornar perceptível a tipologia de utentes e o trabalho desenvolvido pelos profissionais:

- Utentes que não precisem de ser internados mas que não possam deslocar-se de forma autónoma
- Dependência funcional temporária .
- Dependência funcional prolongada.
- Idosos com critérios de fragilidade (dependência e doença).
- Incapacidade grave, com forte impacto psicológico ou social.
- Doença severa, em fase avançada ou terminal.

O Corpo desta equipa são apenas 5 das enfermeiras da UCC, sendo que uma delas realiza apenas visita domiciliária aos utentes da UCSP (que se encontra fisicamente no mesmo edifício). Em termos de funcionamento, idealmente cada enfermeira deveria ter atribuídos 7-10 utentes, no entanto, o que se verifica são

12-13 utentes por profissional. Este método de trabalho baseia-se na necessidade dos utentes terem um gestor de caso.

É relevante ainda conhecer os restantes programas em funcionamento na UCC para uma melhor coordenação e gestão de recursos: programa nacional de saúde escolar; Curso de preparação para o parto e parentalidade; Curso de recuperação pós-parto e parentalidade positiva; acompanhamento de grávidas e puérperas de risco; programa de intervenção precoce; comissão de proteção a crianças e jovens; RSI/Núcleo local de inserção.

O horário de trabalho é de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, e aos fins de semana das 9h às 16h.

No início do estágio a ECCI contava com 48 pessoas inscritas, com capacidade total para 50. Destas, a maioria necessita de apoio para tratamento de feridas, vigilância e educação para a saúde e reabilitação motora por diminuição da mobilidade/funcionalidade.

Dado os recursos existentes, não é fácil realizar visitas tão frequentemente quanto desejável, o que leva à adoção de uma estratégia baseada na educação para a saúde, quer ao utente quer à família.

Um dos projetos atualmente em curso é a formação a assistentes operacionais, que vai de encontro a um dos objetivos estipulados para os cuidados continuados, compreendendo o apoio aos prestadores formais/informais na sua formação, provendo desta forma a participação e corresponsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados, com vista a uma maior eficiência e qualidade dos mesmos.

## **Caracterização da UCV**

A Unidade de AVC do Hospital [REDACTED] foi criada a 27 de Outubro de 2003, integrando o Centro Hospitalar [REDACTED]. Esta recebe, preferencialmente, doentes com AVC isquémicos submetidos a intervenção na fase aguda, AVC

hemorrágico com necessidade de nível intermédio de cuidados e doente para procedimentos endovasculares eletivos cujo grau de complexidade requer uma maior vigilância.

O Guia das Unidades de AVC da Sociedade Portuguesa de AVC completa, de forma sucinta, a informação recolhida sobre esta em particular.

No que concerne à equipa multidisciplinar, esta é composta por 5 médicos de medicina interna, 2 de neurologia, 1 fisiatra, 8 assistentes operacionais, 4 técnicos de cardiopneumologia, 17 enfermeiros, sendo que 4 são especialistas em enfermagem de reabilitação (incluindo a enfermeira chefe) e uma administrativa.

Em retrospectiva, no ano de 2016 foram admitidos 718 doentes nesta unidade, excepto os doentes que foram recebidos por Via Verde AVC, que rondaram os 1265 doentes. Cerca de 231 doentes foram submetidos a trombólise e 230 a trombectomia.

Em termos de espaço, o serviço possui 8 camas com capacidade para mais uma maca quando necessário, para intervenções de fase aguda (maioritariamente Via Verde AVC).

A média de internamento é de 3,5 dias.

O horário de visitas é relativamente alargado para um internamento que se caracteriza por unidade de cuidados intermédios, sendo das 12h30 às 15h30 e das 18h às 19h30, um acompanhante de cada vez, mas podendo revezar-se com restantes visitas, desde que o serviço o permita. Para além disso, a pessoa significativa pode ainda telefonar diretamente para o serviço das 10h às 22h para saber informações.

A Via Verde AVC (VVAVC) funciona de forma organizada e estruturada. O Doente referenciado por esta via dá entrada no Serviço de Urgência para se aferir que não existe perigo de vida, após o que prossegue para Tomografia Computorizada (TC) acompanhado já pelo médico e enfermeiro da UCV. As funções do enfermeiro passam pela avaliação neurológica (NHSS), monitorização, colheita de informação, preparação do doente para exames, colheita de sangue para avaliar particularmente a coagulação e punção venosa para colocação de cateter periférico. Posto isto o doente realiza o exame diagnóstico e, se necessário, de intervenção de imediato, seguindo para internamento na UCV.

Por fim, é fundamental obedecer a uma escala de prevenção da urgência metropolitana de Lisboa para a VVAVC, que inclui o H. São José, Hospital Santa Maria, Hospital Garcia de Orta e Hospital Egas Moniz.

**APÊNDICE III: Poster “Lesão Cerebral Adquirida –  
obstáculos no acesso à reabilitação”**

---

<sup>1</sup>Estudante do 8º CMEER, Unidade Curricular Estágio, Escola Superior Enfermagem Lisboa. <sup>2</sup>Prof.ª Dr.ª Vanda Marques-Pinto, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Docente na ESEL



Tsaousides *et al* (2009) citados por Almeida *et al* (2015, p.64) defendem que os défices cognitivos resultantes de LCA podem comprometer a capacidade da pessoa para “(...) desempenhar papéis sociais e vocacionais de forma bem-sucedida”, com impacto direto na sua qualidade de vida.

```
graph LR
    A[Definição de Palavras Chave] --> B[5 documentos WHO]
    B --> C[+ 6 Artigos]
```

**Definição de Palavras Chave:** Cognitive rehabilitation; equity; acquired brain injury; health care access

**Pesquisa em bases de dados:** EBSCO (MEDLINE E CINAHL) + B-ON

**Pesquisa em sites organizacionais, google acadêmico e pesquisa terciária**

**5 documentos WHO**

**+ 6 Artigos**

**Resultados**

- Consequências da inacessibilidade a reabilitação cognitiva**
  - maiores níveis de incapacidade, dependência de farmacologia, nível de stress de cuidadores e maiores custos.
- As políticas de saúde apresentam ainda algumas inconsistências que dificultam o acesso destas pessoas a cuidados de reabilitação
- Fatores que contribuem para a disparidade no acesso a cuidados de reabilitação.**
  - Ex: classe social, idade, etnia, religião, localização geográfica, orientação sexual, cobertura de seguro, escolaridade
- É o próprio programa de reabilitação que enfatiza os aspetos da área sensorio-motora? É desconhecimento ou desvalorização por parte dos clientes? São diversas as conjecturas.
- As pessoas com défice cognitivo são mais marginalizadas, e com menos expressão no mercado de trabalho. O acesso limitado a produtos convencionais contribui para esse tipo de exclusão (Steel e Janesla, 2016)

**Conclusões**

- A utilização de produtos básicos promove uma sensação de controlo e oportunidade, tornando os indivíduos mais capazes e competentes (Steel e Janesla, 2016)
- Estratégia para combater esta tendência:** recomenda-se a adoção de abordagens segundo o conceito de Design Universal em padrões e políticas (Steel e Janesla, 2016)
- O objetivo é que os padrões de acessibilidade cognitiva sejam utilizados por designers, fabricantes, educadores e prestadores de serviços. (Steel e Janesla 2016, p.3)
- Necessidade de **guidelines e padrões** que reflitam as preferências das pessoas com défice cognitivo, promovendo adaptabilidade em detrimento da conformidade
- Podemos ainda contar com a Lei de Bases da Prevenção, Habilitação, Reabilitação e Participação da Pessoa com Deficiência, onde estão reinvidicados os direitos destes doentes

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3553668/> Could do readers name our images even brain in different conditions, no

Call for Abstracts: [abstract@theopenpolicy.org](mailto:abstract@theopenpolicy.org) 5(7), 43-45[illegible]

## **APÊNDICE IV: Sessão de formação**

---



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem de**  
**Reabilitação**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

**Plano de Sessão de Formação**

**Dulce Galhanas**

**Lisboa**  
**Fevereiro 2018**



**1. Designação da sessão:**

Reconhecer o défice cognitivo.

**2. Duração da sessão:**

15 minutos (das 15h30 às 15h45).

**3. Data da Sessão:**

09/02/2018.

**4. Local da sessão:**

Sala de formação da UCV.

**5. Identificação do formador:**

Enfermeira Dulce Galhanas, no âmbito do Curso de Mestrado e Especialidade em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

**6. Identificação do grupo destinatário da formação:**

Equipas de enfermagem da UCV que se encontrem no turno da manhã e da tarde nesse dia.

**7. Conteúdos da sessão:**

- Princípios da avaliação cognitiva;
- Instrumentos de avaliação;
- Fatores condicionantes;
- Bateria de testes para doentes afásicos;
- Fluxograma de avaliação;
- Reabilitação cognitiva.

## **8. Metodologia:**

A sessão consistirá numa apresentação teórica dos conhecimentos, com possível componente prática com discussão de alguns casos da UCV se houver esse interesse por parte dos enfermeiros no final da sessão teórica.

## **9. Planeamento das Atividades:**

- Apresentação da formanda e da temática/âmbito da sessão – 2 minutos.
- Sessão teórica com exemplificação de casos conhecidos dos enfermeiros, ao longo da apresentação – 5 minutos.
- Esclarecimento de dúvidas e possível discussão de casos da prática diária dos enfermeiros – 5 minutos.
- Avaliação dos objetivos propostos – 2 minutos.
- Encerramento da sessão – 1 minuto.

## **10. Objetivo geral:**

No final da formação os formandos devem ser capazes de:

- Reconhecer a importância e a necessidade de uma avaliação tanto cognitiva quanto física dos doentes do foro neurológico.

## **11. Objetivos específicos**

- Identificar fatores condicionantes de uma avaliação cognitiva do doente, nomeando formas de contorná-lo(s);
- Adequar o instrumento de avaliação a cada doente;
- Identificar duas estratégias de estimulação cognitiva.

## **12. Avaliação dos objetivos propostos**

A avaliação será realizada através da componente prática a ser desenvolvida no final da sessão e através da colocação de três questões finais à audiência:

- Identifiquem os três fatores condicionantes de uma avaliação cognitiva do doente, nomeando duas formas de contorná-los;
- Indiquem que instrumento de avaliação utilizavam junto de um doente com lesão occipital e hipoâmpica;
- Identifiquem duas estratégias de estimulação cognitiva.

### **13. Recursos necessários:**

- Computador;
- Microsoft PowerPoint;
- Cadeiras (8-10)
- Enfermeira orientadora;
- Enfermeiros da UCV [REDACTED];

## **APÊNDICE V: Checklist de avaliação e reeducação da deglutição**

---

## CHECKLIST Avaliação da deglutição

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Informação clínica a respeito do cliente<br><input type="checkbox"/> Avaliação cognitiva <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estado de consciência;</li> <li>2. Orientação;</li> <li>3. Atenção;</li> <li>4. Memória;</li> <li>5. Comportamento;</li> <li>6. Percepção;</li> <li>7. Funções executivas.</li> </ol> <input type="checkbox"/> Avaliação da linguagem<br><input type="checkbox"/> Avaliação da postura<br><input type="checkbox"/> Avaliação do padrão respiratório (incluindo Oximetria de pulso)<br><input type="checkbox"/> Avaliação da capacidade para realizar apneia voluntária<br><input type="checkbox"/> Avaliação da eficácia da tosse<br><input type="checkbox"/> Observar se existe movimento laríngeo aquando a deglutição de saliva<br><input type="checkbox"/> Observar capacidade para deglutir saliva/secreções | <input type="checkbox"/> Avaliação de reflexos<br>Deglutição<br>Tosse<br>Velopalatino<br>Faríngeo<br><input type="checkbox"/> Realizar auscultação cervical<br><input type="checkbox"/> Testar deglutição com água <ol style="list-style-type: none"> <li>1. (1+1+1 – 10ml de cada vez)</li> <li>2. Atenção à consistência: Líquidos finos – consistência de néctar – mel – pudim</li> <li>3. A seguir a cada colher pedir para falar e avaliar sinais de aspiração</li> <li>4. Após 3 colheres dar um copo ao doente e pedir para beber 30-50ml</li> </ol> <input type="checkbox"/> Avaliação Pares cranianos <ul style="list-style-type: none"> <li>• V – Trigémio</li> <li>• VII – Facial</li> <li>• IX e X – Nervos sensitivos e motores das estruturas orofaríngeas</li> <li>• XII – Grande hipoglosso</li> </ul> |
|---|--|

## CHECKLIST Reeducação da deglutição

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Efetuada avaliação rigorosa em primeiro lugar  | <input type="checkbox"/> Exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular   |
| <input type="checkbox"/> Técnicas posturais <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Flexão cervical</li> <li>2. Extensão cervical</li> <li>3. Rotação cervical para o lado afetado (par craniano)</li> <li>4. Flexão lateral para o lado são</li> <li>5. Deitado (dorsal ou lateral)</li> </ol>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lábios</li> <li>2. Língua</li> <li>3. Mandíbula</li> <li>4. Laringe</li> <li>5. Bochechas</li> </ol>   |
| <input type="checkbox"/> Estimulação sensitiva <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mudança no sabor</li> <li>2. Mudança no volume</li> <li>3. Temperatura</li> <li>4. Bebidas gaseificadas</li> <li>5. Mudanças voluntárias na deglutição</li> </ol>  | <input type="checkbox"/> Alterações na dieta<br><input type="checkbox"/> Cinesioterapia respiratória<br><input type="checkbox"/> Cuidados transversais<br>Colocar alimentos no campo visual<br>Evitar distrações<br>Permitir tempo extra para a alimentação<br>Evitar alimentos de duas consistências<br>Nunca deixar a pessoa sozinha |
| <input type="checkbox"/> Mudanças voluntárias na deglutição <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respiração supraglótica (Inspiração profunda, apneia voluntária, deglutição, seguida de expiração ou tosse)</li> <li>2. Respiração super-supraglótica (Maior volume de ar que na respiração supra-glótica)</li> <li>3. Deglutição forçada</li> <li>4. Manobra de Mendelson (só com saliva, colocar a mão na laringe e tentar mantê-la elevada até 3 segundos)</li> <li>5. Manobra de Massako (só com saliva, prender língua entre incisivos e pedir para engolir)</li> <li>6. Deglutições múltiplas (double swallow) (Segunda deglutição é eficaz na remoção de resíduos)</li> <li>7. Sucção antes da deglutição (Sugar por uma palhinha (só ar) e depois engolir)</li> </ol> | <input type="checkbox"/> Higiene oral rigorosa<br><br><input type="checkbox"/> Registos  |





## **ANEXO I: GRIP model**

---

